

L'Interprétation délirante

Etude critique des concepts psychiatriques
concernant cette notion

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 2 mai 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LALANNE (Jean-Roger-Louis)

Interne des Asiles de Maréville

né le 10 septembre 1906, à Laxou (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. SANTENOISE, Professeur. .	Président.
		MUTEL, agrégé.	Juges.
		SIMONIN, agrégé	
		HAMEL, docteur.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac
1933

L'Interprétation délirante

Etude critique des concepts psychiatriques
concernant cette notion

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 2 mai 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LALANNE (Jean-Roger-Louis)

Interne des Asiles de Maréville

né le 10 septembre 1906, à Laxou (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse : { MM. SANTENOISE, Professeur. . . Président.
MUTEL, agrégé. }
SIMONIN, agrégé. } Juges.
HAMEL, docteur. }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS

28, Rue de Solignac

1933

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$

WEISS, O $\star$, I $\odot$; BOUIN, O $\star$, I $\odot$

ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$; MACÉ, $\star$, I $\odot$; P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. ETIENNE, $\star$, I $\odot$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies syphilit. et cutanées..	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRELICH, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. LAMBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et d'accouchements.....	M. FRUHINSHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, A I $\odot$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\odot$.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Histoire naturelle et parasitologie.....	M. G. THIRY, $\star$, I $\odot$ Pr. sans chaire.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Enseignement social de la tuberculose.....	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$, profess.
Clinique des maladies tuberculeuses (I).....	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur.
Pathologie générale et expérimentale.....	M. P. SIMONIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (I).....	M. SIMONIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique gynécologique et pathologie externe (I)	M. A. BINET, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, professeur
Cours d'embryologie et d'histologie	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\odot$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, agrégé.
Anatomie et médecine légale.....	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, $\odot$ docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$.	MM. VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	MM. DROUET, A $\odot$.
LAMY, $\star$, I $\odot$.	GUILLEMIN, A $\odot$.	SIMONIN, A $\odot$.
MUTEL, $\star$, I $\odot$.	ABEL, $\star$, A $\odot$.	BINET, $\star$, I $\odot$.
WATRIN, $\star$, I $\odot$.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. REMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$; JOB, $\star$, I $\odot$.
FAIRISSE, I $\odot$.

M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



JE DÉDIE CETTE THÈSE:

A MA FEMME

Pour le bonheur que je lui dois.

A la Mémoire de mon Père

LE DOCTEUR R. LALANNE,

Chevalier de la Légion d'honneur
Médaille d'or de l'Assistance publique
Médecin des Asiles
Chargé de cours à la Faculté

A qui je dois tout.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Toute de dévouement.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse:

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTENOISE,

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur d'Hydrologie et de Climatologie
Inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur
Médecin des Asiles

A mes Juges:

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Médecine légale

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIMONIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Pathologie générale
Clinique des Maladies tuberculeuses

MONSIEUR LE DOCTEUR HAMEL

Chevalier de la Légion d'honneur
Chargé de cours de la Clinique des maladies mentales
Médecin des Asiles

A tous mes Maîtres:

De la Faculté, de l'Asile de Maréville

AVANT-PROPOS

Le sujet que nous abordons est vaste! Il n'y a que peu d'exagération à prétendre qu'il intéresse toute la psychiatrie.

C'est, donc, dire combien nos prétentions sont modestes.

Tous les aliénistes ont distingué : les troubles mentaux d'origine organique, des psychoses proprement dites, ou essentielles. Seulement, au fur et à mesure des progrès de la biologie, une tendance s'est dessinée, qui rapporte à l'organicité l'origine de plusieurs psychoses affirmées, autrefois, comme essentielles. Certains ont peut-être poussé un peu trop loin, pêchant par dogmatisme, leurs théories organicistes, donnant prise ainsi à la critique facile de négliger cet élément complexe qui constitue la personnalité psychique.

Il y a une certaine élégance à se poser en homme très cultivé, qui a sondé et apprécié la difficulté et renoncé de ce fait à résoudre un problème jugé trop complexe pour les moyens réduits d'investigation dont nous disposons; malheureusement, la psychologie pure, négligeant, par principe, bien des appuis matériels, mène à l'abstraction: c'est alors qu'il est

souvent difficile de ne pas confondre les querelles de doctrines avec de stériles querelles de mots.

Dans l'alternative, que choisir? Faut-il courir le risque de passer pour un primaire, un esprit simpliste, un faux-savant? Ou au contraire un esprit nébuleux et imprécis, incapable de sortir du domaine spéculatif?

Nous n'avons pas d'autre prétention, ici, que celle d'envisager ce problème tel qu'il se pose, à propos de l'Interprétation délirante, dans l'état actuel de nos connaissances, et d'indiquer dans quel esprit nous comptons poursuivre nos investigations de la personnalité de l'aliéné.

Ce n'est pas sans beaucoup d'émotion que je rappelle ici le souvenir de mon père et c'est parce que je connais la grande amitié qui l'unissait à mon maître, le docteur HAMEL, que je me permets de dire combien se continuent, grâce à lui, les méthodes et l'esprit de travail qui font partie de la tradition, toute et avant tout de bon sens, de notre vieil asile.

Je ne saurais manifester au docteur Jacques HAMEL, chargé de cours à la Faculté, toute la reconnaissance que je lui dois: je n'insisterai pas, ici, sur les qualités de son enseignement clair, précis et d'une haute portée scientifique, ni sur le secours moral et matériel qu'il apporte journellement à ses malades, mais je dirai toute la gratitude que je lui dois: pour le dévouement qu'il a manifesté, à mon égard et à l'égard des miens, en de si pénibles circonstances; pour le réconfort que j'ai trouvé auprès de lui; pour

l'amitié paternelle dont il m'honore et pour l'accueil qu'il me réserva en toute occasion et en particulier lorsqu'il m'inspira ce travail.

Qu'il accepte la garantie de toute ma reconnaissance et de mon absolu dévouement.

Nous remercions notre maître, le professeur SANTENOISE, de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, depuis l'époque où il nous initia, par son enseignement savant de la Faculté, à la physiologie nerveuse en particulier, jusqu'à ce jour où il accepte la présidence de notre thèse. Sa haute valeur scientifique ne l'empêche pas d'allier la simplicité à la générosité et nous l'assurons de toute notre reconnaissance pour les facilités de travail qu'il nous offre dans son laboratoire.

Nos remerciements vont également au professeur agrégé MUTEL qui a bien voulu faire partie de notre jury de thèse et qui nous initia, dans son enseignement d'anatomie topographique, lors des travaux de dissection et, plus tard, dans ses cours de médecine légale et de déontologie, aux premières difficultés et aux premières responsabilités de la vie médicale.

Nous avons à cœur d'exprimer ici la gratitude que nous devons à M. le professeur agrégé SIMONIN pour le secours qu'il nous apporta à maintes reprises sans ménager sa peine ni son repos. Qu'il compte sur notre reconnaissance.

Au docteur Elisabeth CULLÈRE nous voulons dire ici tous nos remerciements pour la faveur que nous lui devons d'un séjour de deux ans dans son service et pour les encouragements que nous avons toujours

trouvés auprès d'elle, qui nous forma à la pratique psychiatrique.

Le docteur AUBRY, qui mit les ressources de son service à notre disposition, le docteur PRIVAT DE FORTUNIÉ, qui voulut bien nous aider de ses conseils, le docteur PORC'HER qui eut le dévouement de nous rompre aux disciplines de l'étude physiologique du système nerveux, notre ami le docteur R. DUCHÊNE qui nous fit profiter de son expérience des concours et de son travail, voudront bien croire à nos sentiments de profonde gratitude.

Nous assurons de nos sentiments les plus cordiaux nos amis de l'internat de Maréville, les docteurs : BEAUDOIN, GENEY, MASSOT, SCHÆNNAGEL, médecins des Asiles, COURTIER, PASSEBOIS, MICHEL, ROYER, Paul AUBRY.

Nous remercions notre ami et collègue Frédéric RAMÉE des utiles controverses qu'il souleva bien des fois, avec son amicale franchise habituelle, lors de l'élaboration de cette thèse. Qu'il veuille bien croire à notre solide amitié.

PREMIÈRE PARTIE
HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

L'Interprétation délirante est ainsi définie par SÉRIEUX et CAPGRAS dans la magistrale étude qu'ils ont faite des folies raisonnantes (1):

« C'est un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel, en vertu d'associations d'idées liées aux tendances, à l'affectivité, prend, à l'aide d'inductions ou de déductions erronées, une signification personnelle, pour le malade invinciblement poussé à tout rapporter à lui.

« Commun à des psychoses très différentes, ce mode de jugement affectif se rencontre en outre dans des états passionnels; un état affectif léger ou même une idée prédominante suffisent à le provoquer : nombre d'Interprétations délirantes plus vraisemblables que maintes erreurs ont entraîné l'adhésion de personnes sensées et intelligentes. »

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS, *Les folies raisonnantes*, p. 3.

CHAPITRE II

La notion d'interprétation délirante en psychiatrie avant la période contemporaine

L'Interprétation délirante est encore, malgré les progrès effectués par les méthodes de la psychologie contemporaine, un des troubles mentaux qui passent le plus inaperçus du profane. Aussi n'est-il pas étrange de voir les premiers médecins qui s'intéressèrent à la folie méconnaître totalement ce symptôme.

SYLVIUS, par exemple, qui, vers l'an 1540, conquiert rapidement la célébrité en enseignant l'anatomie à l'aide de travaux de dissection pratiqués devant l'auditoire, donne les conseils suivants (1) : « Ceux qui doivent soigner les mélancoliques éviteront de se rendre seuls auprès d'eux ; on aura soin de ne pas s'en approcher trop près et on surveillera constamment leurs pieds, leurs mains et leur visage ; s'ils présentent parfois l'aspect de la raison, ils sont néanmoins susceptibles de violences soudaines. On

(1) R. SÉMELAIGNE, *Les Pionniers de la Psychiatrie française*, p. 18.

leur parlera avec bienveillance tout en maintenant auprès d'eux des gardiens robustes et, si cela paraît nécessaire, on n'hésitera pas à les gourmander, les frapper et, pour les empêcher de nuire, soit à eux-mêmes, soit aux autres, les attacher ». Mais il conseille cependant d'étudier le délire des malades et de l'utiliser pour leur guérison :

« Il y a deux espèces d'humeur mélancolique, l'une dans les veines comme la lie dans un tonneau, l'autre formée de bile jaune... la mélancolie confirmée est difficilement guérissable... »

« La frénésie est l'érysipèle des méninges... »

« Dans l'épilepsie, la cure consiste à combattre la cause la plus fréquente, c'est-à-dire la pituite. »

« Ni dans la catalepsie ni dans l'apoplexie, les esprits animaux ne sont altérés, ils se trouvent seulement incapables, par suite de l'obstruction du cerveau, d'envoyer aux nerfs la faculté de sentir et de mouvoir. Quand même on ne constaterait aucun signe de vie, ne pas ensevelir avant trois jours pleins. »

« La convulsion hystérique se guérit en empêchant de monter les vapeurs qui proviennent de l'utérus. Pour cela : ligatures, ventouses, saignées à la veine poplitée, fumigations utérines avec des produits odorants tandis que l'on présente aux narines des odeurs désagréables... Si la femme est nubile, la marier. »

De telles méthodes et de telles théories étaient alors parfaitement admises, et bien du temps s'est écoulé avant que de véritables psychiatres consen-

tent à s'intéresser vraiment à la personnalité de l'aliéné.

Le premier d'entre eux fut « le bon monsieur Pinel », comme l'appelaient, avec une déférente familiarité, ses élèves. Philanthrope avant tout, il osa considérer les fous comme des malades et rendit possible leur guérison. S'intéressant à leur sort, il les étudia avec attention, ordonna ses investigations et établit une première classification cohérente des maladies mentales, passant ainsi au rang de précurseur.

Dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale (1809), il considère que la mélancolie « embrasse toutes les anomalies partielles qui, suscitées par des pseudo-perceptions ou des conceptions chimériques, se traduisent par des craintes, des défiances ou des convictions plus ou moins tenaces ». La plupart de ces malades restent susceptibles « de raisonner juste sur des points étrangers à leurs préoccupations ». « C'est quelquefois une bouffissure d'orgueil et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses ».

Après PINEL, et dans la première moitié du XIX^e siècle, ESQUIROL et ses élèves isolent des formes morbides dans lesquelles les facultés syllogistiques et la lucidité étant intactes, le malade ne déraisonne que sur un seul point. Ils opposent ces monomanies au délire général.

En 1832, ESQUIROL distingue les Illusions des Hallucinations. Les Illusions des sens reconnaissent, entre autres causes, l'état anormal du cerveau : l'in-

telligence et les passions concourent, selon lui, avec les sens aux illusions des aliénés. La Monomanie se divise pour lui : en lypémanie, délire « avec passion triste et oppressive » et en monomanie proprement dite « avec passion excitante ou gaie », cette dernière comprenant, selon qu'il s'agit d'une lésion de l'intelligence, de l'affectivité ou de la volonté, la Monomanie intellectuelle, la Monomanie affective, la Monomanie instinctive.

Certains caractères de la Monomanie intellectuelle sont ceux que SÉRIEUX et CAPGRAS attribuent au délire d'interprétation. « Le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet. Les malades partent d'un principe faux, dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques et dont ils tirent les conséquences légitimes qui modifient leurs affections et les actes de leur volonté; hors de ce délire partiel ils sentent, raisonnent et agissent comme tout le monde. Des illusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées sont la base de ce délire ».

En 1834, LEURET décrit, sous le nom d'arrangeur, un type d'Interprétant délirant : « Souvent, l'arrangeur est habile : il donne avec un talent particulier une apparence de réalité à ses conceptions. Pour prouver ce qu'il a dans l'esprit, tout lui sert : il n'est ni dissuadé, ni embarrassé par aucune preuve contradictoire. Pourquoi ne pas lui donner le nom de monomaniacque ? Mais celui qui entend des voix, vous l'appellez aussi monomaniacque ? Au lieu de les confondre, je prends pour base de ma distinction le caractère essentiel de leur maladie. L'arrangeur n'a pas

d'hallucination..., il a une idée..., il en est esclave... Son idée, si elle n'est pas vraie est au moins spécieuse et il l'appuie sur des raisonnements... Ils sont trompés par leurs conceptions et ils y rattachent avec beaucoup d'art tout ce qui se fait autour d'eux ».

BAILLARGER, LASÈGUE, FALRET et avec eux tous les détracteurs de la conception des Monomanies, ont noté qu'elle groupait sous une même étiquette des espèces différentes. « On s'est plus attaché, dit DELASIAUVE, au caractère extérieur des phénomènes morbides qu'à leur signification déduite de leur analyse ». Ainsi, estiment-ils que le symptôme primordial réside dans la couleur du délire, c'est-à-dire « la nature des conceptions délirantes et les modes de réaction ». Ils divergent également d'opinion avec ESQUIROL en ce qui concerne les Hallucinations. Tandis que pour ce dernier la proportion des Hallucinés dans les asiles serait de 80 %, elle ne devient pour ses successeurs que de 30 %.

C'est surtout à LASÈGUE (1852) et à LEGRAND DU SAULLE qu'il faut attribuer la révision de la doctrine des Monomanies. La lypémanie est dissociée en deux affections différentes: Mélancolie et Délire de Persécution. LASÈGUE n'envisage cependant pas encore le délire d'interprétation, il déclare même, dans une communication faite en 1880, que l'hallucination de l'ouïe est un symptôme pathognomonique du délire de persécution: le persécuté peut s'en passer pendant quelque temps, mais elle arrive toujours à un moment donné. Il existe, au début du délire, des « Hallucinations initiales causales » qu'il faut dis-

tinguer des troubles sensoriels vrais ou « Hallucinations consécutives terminales ». Jules FALRET, en 1866, signale « certains délires de persécution, encore mal systématisés ou en voie d'évolution, que les malades parviennent à dissimuler, dont le développement est tout intérieur et qui ne se manifestent au dehors que par l'excentricité des actes, les altérations des sentiments et les désordres de la conduite, ils se renferment dans leur orgueil et se croient l'objet de l'attention et de l'animadversion générales; ils interprètent contre eux-mêmes tous les faits les plus insignifiants qui se passent autour d'eux et s'imaginent être victimes de la malveillance, de la haine ou de la répulsion de tous ceux avec lesquels ils vivent ».

A la même époque les Allemands décrivent sous divers vocables (Wahnsinn, Verrücktheit) des délires variés qui seront ensuite groupés dans la synthèse de la *Paranoïa*. L'étymologie du mot (penser de travers) n'est pas suffisamment explicite par elle-même et sa signification peut être étendue à trop de symptômes; aussi, il faut attendre KRAFFT-EBING et KRAEPELIN pour citer un travail d'ensemble sur les délires systématisés attribuant, à peu près, son sens actuel au terme de *Paranoïa*.

A la fin du XIX^e siècle, nous verrons se dessiner, principalement en France et en Allemagne, deux tendances opposées dont les conceptions psychopathologiques s'écarteront résolument l'une de l'autre jusqu'en 1910, pour tendre alors, à la suite de corrections et d'atténuations successives, à assimiler

réciiproquement une part de leurs caractéristiques respectives.

Il est difficile d'exposer parallèlement ce double mouvement dans l'ordre chronologique réel. Aussi, nous contenterons-nous de passer alternativement en revue l'évolution de ces théories en France et à l'étranger, sans nous dissimuler ce qu'un tel procédé peut présenter d'artificiel. Nous chercherons notre excuse dans le désir de réaliser un exposé clair et ordonné.

En France, on tend à faire de chaque syndrome, compte tenu de son évolution clinique, une entité nosologique, créant ainsi une certaine complexité dans la classification. On s'expose en outre, par une trop grande recherche systématique, à des contradictions, ce qui oblige à subdiviser encore la nosographie au dépens de la netteté de l'ensemble.

En Allemagne, par contre, les auteurs construisent de vastes cadres (Paranoïa et Paraphrénie — Schizophrénie et Paranoïa), influencés autant, sinon plus, par les conceptions philosophiques que par la clinique. Ils utilisent, pour l'exploration de la personnalité pathologique, les procédés d'exploration de la psychologie normale et n'hésitent pas à étendre les cadres des affections mentales, à les faire chevaucher, introduisant ainsi, sous une apparence de rigoureuse logique, un élément nouveau de confusion dans la psychiatrie.

Nous en sommes maintenant arrivés à une confusion plus apparente que réelle. Des doctrines s'affrontent. Les arguments donnés de part et d'autre

sont valables, La terminologie s'accroît sans cesse. Les traductions ne rendent pas toujours parfaitement les nuances exactes de la pensée des auteurs. Il subsiste toujours une vague tendance à dresser l'une en face de l'autre les théories comme les nationalités. Les travaux étrangers obtiennent un succès de curiosité mais ne sont pas réellement assimilés: le Génie, la culture de chaque race, différent trop. Pourtant, à la faveur du temps, les psychiatres de chaque pays se comprennent mieux et finalement adaptent à leur tempérament pour les sentir, les théories étrangères. La seule condition nécessaire à cette lointaine mais féconde collaboration a été énoncée par MINKOWSKY dans son ouvrage sur la Schizophrénie: « Il est toujours utile de confronter des notions nouvelles avec d'autres notions du même ordre... Notre but principal est d'essayer de situer les divers concepts de la psychiatrie contemporaine. C'est de cette façon seulement qu'il deviendra possible d'éviter que des concepts se trouvant sur des plans différents soient opposés les uns aux autres, de restreindre les discussions purement verbales et de faire converger, au contraire, tous les efforts, disparates d'apparence, vers le même but: le progrès de notre science ».

CHAPITRE III

La conception de Magnan Le délire d'interprétation de Serieux et Capgras Le délire d'imagination de Dupré

En 1883, MAGNAN écrivait (1) : « Deux méthodes sont en présence pour l'étude de la folie : l'une fragmente, divise le grand complexus symptomatique par lequel se traduisent les maladies de l'intelligence, elle isole violemment un symptôme et en fait une maladie spéciale, de là les monomanies. Cette même méthode a créé les folies diathésiques et les folies basées sur des troubles fonctionnels d'un organe ; par suite on arrive à décrire une dizaine d'espèces pathologiques pour le seul appareil de la reproduction. L'autre méthode laisse au second plan les symptômes accessoires pour s'en tenir aux caractères essentiels des différents états morbides qui viennent d'une façon naturelle se ranger dans le même groupe : l'étiologie, les antécédents et la marche de la maladie ».

(1) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, recueillies par BRIAND, LEGRAIN, JOURNIAC et SERIEUX. *Progrès Médical*, 1893, pp. 192-209.

Ce passage est caractéristique, il indique un esprit systématique qui souffre de la confusion régnant alors dans la description des psychoses.

MAGNAN sait combien stérile est la simple observation si elle ne s'accompagne de l'imagination créatrice: aussi, s'inspirant de ses propres recherches sur l'hérédité et des théories alors nouvelles concernant la dégénérescence (c'est de la fin du XIX^e siècle que date l'énumération presque complète de tous les stigmates de dégénérescence), établit-il pour la première fois une classification des maladies mentales qui tienne compte d'antécédents héréditaires ou personnels, de conceptions étiologiques définies et de l'évolution de la maladie.

Dans un premier groupe, MAGNAN place « les états mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie », c'est-à-dire la Paralyse générale, la Démence sénile, l'hystérie, l'Epilepsie, l'alcoolisme, les intoxications, enfin le crétinisme ».

Dans un deuxième groupe, « les idiots, imbeciles, débiles, déséquilibrés », réservant au troisième groupe le vocable de psychose ou folie proprement dite pour y réunir :

1° ce qu'il appelle des éléments simples: la Manie et la Mélancolie;

2° les folies intermittentes (simple, circulaire, à double forme, alterne);

3° les psychoses systématisées qu'il divise en deux grandes catégories:

a) la folie des dégénérés;

b) Le délire chronique à évolution systématique.

Il y a là, pour qui se représente la confusion antérieure, un formidable travail de classement. La folie des dégénérés est parmi les conceptions de MAGNAN une des plus originales: son analyse pénétrante l'a séparée d'autres espèces morbides telles que la folie intermittente et lui a annexé nombre d'états délirants qui doivent lui appartenir.

Il en a noté la caractéristique principale: le fonds mental de déséquilibre psychique de tous les sujets qui en sont atteints.

Dans le groupe de ces délires chez les dégénérés il a distingué diverses variétés: bouffées délirantes aiguës, polymorphes, passagères; délires systématisés curables; délires fixes sans tendances évolutives; manie raisonnante, folie morale, formes interprétatives; délires des persécutés-persécuteurs.

En ce qui concerne les malades interprétants, il les décrit sans les séparer des autres dégénérés et sans attribuer à leur état des caractères, évolutifs ou autres, spécifiques.

En décrivant le délire chronique à évolution systématique (indépendant, selon lui, de tares dégénératives, et caractérisé par les quatre périodes: d'incubation, de systématisation, de délire mégalomane et de démence), il estime qu'il y aurait lieu de faire place dans ce cadre à des formes cliniques non hallucinatoires reposant sur de vastes systèmes d'illusions et surtout d'interprétations.

En somme, MAGNAN, dans sa synthèse, n'a pas réservé de place particulière à la démence précoce (dont il fait la forme terminale de la folie des dégé-

nérés), et n'a pas attaché de valeur nosologique à l'interprétation délirante.

Dans un vaste cadre, des formes cliniques d'une grande diversité englobent plusieurs unités morbides qu'il appartiendra à d'autres de préciser.

Il n'en reste pas moins que c'est à MAGNAN que revient l'honneur de la première vue d'ensemble sur la psychiatrie.

Nous verrons dans un autre chapitre comment, vers la même époque, KRAEPELIN, en Allemagne, a réalisé de façon différente, mais dans le même but, une classification générale des psychoses. Ce dernier, pour les mêmes raisons, a également conçu des entités morbides trop peu nombreuses et trop vastes, à tel point qu'il a été obligé de modifier sa conception de la Démence précoce pour créer le nouveau groupe des Paraphrénies.

Par contre, la conception Kraepelinienne de la paranoïa présente de nombreuses analogies avec les Délires chroniques non hallucinatoires, tels que les conçoivent SÉRIEUX et CAPGRAS.

C'est à SÉRIEUX et CAPGRAS (1) que revient l'honneur d'avoir isolé, de la folie des Dégénérés et du délire chronique de MAGNAN, d'abord « la psychose chronique à base d'interprétations délirantes » ; puis d'avoir signalé, plus tard, l'existence de syndromes interprétatifs symptomatiques, apportant ainsi à la psychiatrie un document désormais célèbre.

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS, *Loc. cit.*

La caractéristique du délire, mise en évidence par les auteurs, consiste dans l'existence simultanée de troubles délirants manifestes et de l'intégrité intellectuelle. En particulier, les facultés syllogistiques sont d'une activité remarquable.

C'est sur ces caractères que fut établie la définition de « la psychose chronique à base d'interprétation délirante » ou plus simplement du « Délire d'Interprétation ».

« Le Délire d'Interprétation est une psychose caractérisée par : 1° la multiplicité et l'organisation d'interprétations délirantes; 2° l'absence ou la pénurie d'hallucinations, leur contingence; 3° la persistance de la lucidité et de l'activité psychique; 4° l'évolution par extension progressive des interprétations; 5° l'incurabilité sans démence terminale. »

Plutôt que de commenter cette définition suffisamment explicite, nous préférons l'illustrer par l'observation typique d'un malade en traitement au service de M. le docteur AUBRY.

OBSERVATION I

M. G... est un fonctionnaire en retraite des Contributions indirectes. Il expose avec complaisance et en détail son *curriculum vitae*, dont nous avons retenu les faits saillants.

En 1885, il passe avec succès l'examen de surnuméraire des Contributions indirectes.

Célibataire, âgé de 19 ans, il change fréquemment de poste pour que son avancement soit aussi rapide que possible. Sept ans après son entrée dans l'Administration, il est déjà commis principal, « Chef de service, ajoute-t-il », dans une localité

d'industrie sucrière. L'an suivant (1893), il se marie et obtient un poste dans la région parisienne où il compte se fixer.

« Jusqu'à ce moment je n'ai pas eu le moindre ennui ; qui prête attention à un gamin d'aussi peu d'importance ! »

Trois ans après son mariage, G... a de l'avancement et revient dans son pays natal : « On lui crée quelques ennuis, dit-il, parce que ses parents font de la politique », mais il change de poste encore un fois, pour être nommé receveur des Contributions indirectes dans la Meuse.

A l'âge de 40 ans, il passe avec succès (en 1906) un concours pour le grade de contrôleur des Contributions indirectes. « J'ai passé très brillamment et j'aurais dû être premier, mais j'ai été déclassé parce que je me suis exposé à la haine des Francs-Maçons. En effet, peu de temps avant le concours, mon sous-directeur m'a fait entendre que j'augmenterais grandement mes chances si je m'affiliais à cette société. Comme c'est contraire à mes principes, j'ai refusé en évitant autant que possible de blesser la susceptibilité de mon chef. »

Nommé dans la Somme, il se voit obligé au bout de deux ans de changer de poste pour fuir la malveillance de son entourage.

G... fait remonter l'origine certaine de ses malheurs dans ce fameux refus d'entrer dans la Franc-Maçonnerie (1906). Il n'a pas été classé comme il le méritait au concours, « un inspecteur m'a tiré dans les jambes », dit-il. « Il y a eu à ce moment-là, dans mon dossier, mon arrêt de mort, on l'a dit « devant moi. Je sais comprendre à demi-mot ! ».

« Ils ont fait peur à ma femme, qui n'était pas très intelligente, et elle m'a quitté. » « Je mangeais au restaurant, et « comme on me croyait divorcé, j'étais en butte aux avances « des filles du patron, d'ailleurs à ce moment-là, je me suis « aperçu que j'étais porté à la femme d'une manière extraordinaire. J'ai alors compris leur but : on mettait des aphrodisiaques dans ma nourriture pour que je prenne une maîtresse « et que ma femme le sache.

« C'est à partir de ce moment que j'ai fait moi-même la

« cuisine, et de nouveau j'ai été tranquille. La preuve de leurs agissements est donc formelle.

« D'ailleurs, ils ne se gênaient pas pour me provoquer de toutes manières... Souvent au restaurant, des gens s'installaient à ma table, et en faisant semblant de parler de n'importe quoi, ils me lançaient des allusions pour me mettre en colère. Alors on m'a fait partir au Havre pour me brimer, sous prétexte que je battais les employés de bureau, tandis que c'était moi qui recevais des coups. Chaque fois qu'ils passaient près de moi, ils me bouscullaient, tantôt un coup de coude, tantôt une bourrade, et toujours sans en avoir l'air, faisant semblant de me frôler pour prendre un dossier.

« Une fois, à Arras, un chien m'a mordu. Je suis allé trouver mon directeur, et cette fois-là je lui ai dit ce que je pensais de sa conduite. Il a nié avoir fait lancer le chien contre moi. Mais je ne l'ai pas cru... Au Havre, j'ai su par les journaux que le procureur de la République a pris ma défense contre mon directeur.

« En 1909, à mon dernier poste, je me suis aperçu que mes commis s'entendaient avec le sous-directeur pour voler du tabac. Je les ai mis à la porte, mais on les a réintégrés malgré moi.

« C'est alors que j'ai porté plainte au procureur. Immédiatement, ils se sont vengés et m'ont mis en disponibilité. Je suis resté ensuite sans aucun emploi, sans avoir été jamais mis à la retraite. »

A ce moment, la conviction délirante est telle que la vie sociale cesse d'être possible, et la première sanction de cet état de choses est une mise en disponibilité de notre malade. L'état de G... s'aggravant, les événements évoluent d'une façon un peu différente.

D'abord apparaissent des avertissements : à cinq ou six reprises dans les années qui ont suivi, j'ai vu (indifféremment la nuit ou la journée) :

« La Mort avec un grand manteau blanc, une faux sur l'épaule et un grand ricanement. » (*Sic.*)

« Puis, en 1917, j'ai été victime de troubles étranges qui m'ont expliqué la signification des avertissements précédents : Il me semblait que ma tête était décollée, une drôle de sensation, je n'avais même pas le temps de m'asseoir...

« Quand je revenais à moi, il y avait des déjections partout, et je restais toute la journée sans mémoire, comme un être assommé. Vous qui êtes médecin, vous reconnaissez bien là les symptômes d'empoisonnement ! » dit notre malade.

(Nous avouons penser plutôt à des accidents comitiaux que le malade décrit de façon tout à fait classique, mais interprète dans le sens de son délire.)

« D'autres chutes ont également eu lieu pendant lesquelles je gardais toute ma connaissance.

« Après ces chutes, j'étais souvent affreusement blessé. J'ai eu une plaie à l'épaule que le Docteur X a traité pendant trois mois, avant de parvenir à la guérir. »

Finalement, le délire de persécution à base d'interprétation se systématisait de plus en plus. « Une voisine et sa fille persécutent G..., rentrent dans sa maison quand il s'absente... se moquent de lui en public... »

G... réagit par des insultes et des tentatives de violences qui ont pour résultat d'amener son internement en 1931. A l'asile, G... se sent beaucoup plus tranquille. Il trouve cela tout naturel et estime que ses ennemis ont tout lieu d'être satisfaits, puisqu'il est retranché du nombre des vivants. Aucune interprétation nouvelle n'est plus exprimée, mais G... adopte une attitude immuable vis-à-vis du personnel et des autres malades : politesse distante et indifférente, refus d'aider le personnel dans le service, oisiveté complète, désintérêt : le malade écrit à sa famille, au nouvel an : « Il faut bien... », et estime en avoir fait assez. De temps en temps il lit le journal, mais n'y trouve rien d'intéressant !

Un tel tableau est celui du délire d'interprétation typique correspondant exactement à la définition et à l'évolution décrites par les auteurs. Cependant

ceux-ci n'ont pas été jusqu'à affirmer l'existence d'un syndrome unique et ont signalé des anomalies d'évolution et des variétés que nous allons voir rapidement.

Anomalies d'évolution. — Des rémissions passagères sont le plus souvent en rapport avec le changement de milieu, des paroxysmes interprétatifs peuvent entraîner au raptus anxieux, des accès maniaques ou dépressifs, des bouffées délirantes polymorphes (assez fréquemment à teinte mystique), des épisodes hallucinatoires ou de l'onirisme ont été également observés. MEEUS a cité deux observations de délire d'interprétation en rapport avec de l'Epilepsie avec interprétation des phénomènes morbides.

Variétés. — Dans la variété précoce, le début remonte ordinairement à la puberté tandis que la variété tardive débute après la quarantaine. Le délire d'interprétation chez les débiles, le délire des interpréteurs mythomanes, le délire de supposition, la variété persécutive et variété hallucinée sont également assez fréquents et sont conçus par les auteurs, plus comme les associations de deux psychoses différentes que comme des formes mixtes.

En somme, il faut bien le constater, les formes pures, type SÉRIEUX et CAPGRAS, du délire d'interprétation sont assez rares proportionnellement aux formes frustes, mais il serait imprudent de tirer un argument défavorable de ce fait; on assisterait alors, si l'on voulait passer chaque maladie au crible d'un tel critère, à un émiettement de toute la pathologie

médicale où les formes typiques sont l'exception et les anomalies la règle. La seule conclusion que l'on pourrait formuler s'appuierait sur l'existence d'un grand nombre de variétés et d'interférences avec les syndromes voisins pour justifier de la nécessité d'une unité nosologique englobant tout ce groupe de psychoses.

Les auteurs, poursuivant leur étude de l'interprétation délirante, ont ensuite publié, seuls ou en collaboration, des travaux complémentaires concernant les syndromes interprétatifs qui ne rentrent pas dans le cadre de leur précédent ouvrage.

En particulier MM. SÉRIEUX et LIBERT ont fait, au Congrès international de Gand (1913), une communication concernant « Les syndromes interprétatifs aigus symptomatiques dont il importe, disent-ils, de mettre en lumière la physionomie clinique et la valeur sémiologique comme on l'a fait pour le délire d'interprétation ».

Deux catégories de faits apparaissent :

A) Le symptôme interprétation, accidentel, fugace et mobile n'influence pas l'allure générale de la psychose au cours de laquelle il survient :

1° Interprétations épisodiques comme reliquat d'un accès de confusion mentale (urémie, oxyde de carbone, alcoolisme);

2° Interprétations délirantes épisodiques par affaiblissement intellectuel (démence sénile, démence organique, P. G., D. P.);

3° Interprétations délirantes épisodiques sous la dépendance d'un état affectif (mélancolie, folie inter-

mittente, délire de revendication, délire d'imagination, psychasthénie).

B) Il existe un véritable syndrome interprétatif symptomatique pouvant se montrer au cours de toutes les psychoses. Il leur donne un aspect si particulier que le diagnostic se pose avec le délire d'interprétation proprement dit.

Il s'agit alors d'une psychose ou l'éclipse du sens critique est due :

soit à un état affectif ;

soit à un état confusionnel ;

soit à l'affaiblissement intellectuel.

Les auteurs concluent en ces termes :

« La multiplicité des états où l'on rencontre l'Interprétation délirante suffit à ôter à ce symptôme, très intéressant au point de vue de la physionomie spéciale dont il revêt le malade, toute valeur au point de vue de la classification psychiatrique. »

Il n'est, en effet, pathognomonique d'aucune forme. « Dans le délire d'interprétation où il acquiert sa plus grande valeur relative, il ne constitue néanmoins qu'un des symptômes d'une entité nosologique caractérisée par un ensemble de signes positifs et négatifs, tirés de l'étiologie et de l'évolution.

Continuant dans le même sens le travail d'analyse de SÉRIEUX et de CAPGRAS, DUPRÉ décrit un délire d'Imagination identique au délire d'Interprétation, à cela près que des inventions, des récits romanesques, des affirmations formelles d'événements fictifs se substituent à l'Interprétation délirante.

De ces similitudes, DUPRÉ conclut (Congrès de Gand, 1913), à un parallélisme entre:

1° le délire d'Imagination qui représente un syndrome greffé sur un fonds constitutionnel paranoïaque chez un mythomane;

2° le délire d'Interprétation qui représente un syndrome greffé sur un fonds constitutionnel paranoïaque chez un Raisonnant;

3° le délire hallucinatoire qui représente un syndrome greffé sur un fonds constitutionnel paranoïaque chez un Halluciné.

Cette conclusion de DUPRÉ résume les tendances françaises à cette époque.

On admet, dans la genèse des psychoses constitutionnelles, l'action associée de plusieurs facteurs prédisposants:

a) la constitution paranoïaque, « le fonds maladif de la sensibilité et de l'intelligence » qui préexiste aux conceptions délirantes et leur donne naissance;

b) l'Hérédité;

c) l'Education;

et de causes déterminantes: Choc affectif, Humiliation, Conflits sociaux.

« Le délire d'interprétation est, en résumé, une psychose constitutionnelle qui se développe grâce à une anomalie de la personnalité caractérisée par l'hypertrophie et l'hyperesthésie du moi et par la défaillance circonscrite de l'auto-critique » (1).

(1) SERIEUX et CAPGRAS, *Les folies raisonnantes*. Félix Alcan, Paris, 1909, p. 240.

CHAPITRE IV

La notion de Paranoïa en Allemagne

A l'époque où en France se précisait la synthèse de MAGNAN, la Paranoïa était déjà connue de fait au moins, si le nom n'était pas prononcé.

Par contre, les Allemands parlaient de Paranoïa, mais en attachant à ce terme une signification assez vague, ce qui fait qu'une certaine confusion régnait dans leur conception nosologique.

WESTPHAL, CRAMER englobaient dans ce vocable : des psychoses toxiques, des confusions mentales, des démences involutives, syphilitiques, les délires systématisés, hallucinatoires ou non, appuyant leurs arguments sur les ressemblances cliniques et l'existence de formes mixtes. ¹

Sous le nom de Paranoïa aiguë, ils classaient des confusions hallucinatoires et des délires d'emblée des dégénérés de MAGNAN.

SNELL, en 1865, décrivait sous le nom de Wahn-sinn la Paranoïa primitive.

SANDER établit l'existence de la Paranoïa originelle qui groupait les psychoses hallucinatoires à

évolution vers la démence dans le même cadre que les délires systématisés.

KRAFFT-EBING distinguait une Paranoïa hallucinatoire et une Paranoïa simple: il imaginait entre autre variétés la Paranoïa querulans et la Paranoïa inventoria à base d'interprétations délirantes.

C'est alors que les travaux de KRAEPELIN viennent mettre de l'ordre dans ce chaos et donnent à la psychiatrie allemande ce plan directeur qu'elle n'abandonnera plus.

Lors des premières éditions de son traité, il conçoit la Démence précoce et la Folie Maniaque-Dépressive.

Dans le cadre de la démence précoce, il place la démence paranoïde à laquelle il donne une extension autrement grande que celle que nous lui accordons actuellement, puisqu'il y englobe les délires hallucinatoires.

Il conserve le terme de paranoïa pour l'appliquer aux délires systématisés non hallucinatoires.

Finalement, dans ses dernières éditions, il distingue une démence précoce à forme paranoïde, des Paraphrénies (certains délires d'imagination, la psychose hallucinatoire chronique) et la Paranoïa qu'il définit ainsi:

« La maladie débute par une période d'incubation
« habituellement très longue, caractérisée par des
« modifications de l'humeur, de la défiance, un état
« de malaise physique, des préoccupations hypocondriaques; le malade s'isole peu à peu des siens,
« ébauche quelques rêves ambitieux. Puis arrivent

« les interprétations délirantes, qui constituent le
« symptôme prédominant, les idées de persécution
« et de grandeur. En général, les hallucinations res-
« tent rares. Dans quelques cas exceptionnels seule-
« ment, les paranoïaques présentent des troubles
« sensoriels assez actifs pendant un certain laps de
« temps; habituellement ce n'est qu'une hallucina-
« tion auditive épisodique; le plus souvent un seul
« mot ou une courte phrase; parfois il existe des
« visions nocturnes. Les pseudo-souvenirs jouent un
« rôle assez important et contribuent à la création
« d'un délire rétrospectif. La conviction du malade
« demeure absolument inébranlable. L'humeur reste
« en rapport avec les conceptions délirantes. Les
« actes peuvent être longtemps corrects ou ne sont
« qualifiés que d'originalité. Les idées de persécu-
« tion et de grandeur, quel que soit leur caractère
« romanesque, se maintiennent toujours dans le ca-
« dre du possible et du naturel. Il n'y a jamais de
« délire de possession corporelle ni de transforma-
« tion de la personnalité. L'absence de troubles pri-
« mitifs de la volonté est un symptôme d'une valeur
« toute spéciale. La marche de l'affection est très
« lente; l'intelligence reste intacte jusqu'à un âge
« avancé. Pas de troubles somatiques. »

Il conçoit donc: α) des troubles élémentaires plus ou moins constants; β) diverses formes délirantes.

Parmi les troubles élémentaires, il signale:
le caractère épisodique des hallucinations;
de l'onirisme à caractère spécial, en quelque sorte

organisé pour satisfaire au délire (l'expérience vécue visuellement — Visionäre Erlebnisse);

des intuitions délirantes;

des illusions de la mémoire auxquelles il attache une grande importance dans l'éclosion du délire.

Les diverses formes délirantes ne sont pas, pour KRAEPELIN, des unités nosologiques mais, ceci dit, leur description concorde avec les analyses des psychiatres français. Ainsi « le délire de relation » présente les caractères mêmes du délire d'Interprétation type SÉRIEUX et CAPGRAS. Par contre, il refuse de concevoir une forme pure du délire d'Imagination type DUPRÉ : les imaginations morbides étant symptomatiques de toutes les formes délirantes.

En résumé : la Paranoïa selon KRAEPELIN (comme les folies raisonnantes de SÉRIEUX et CAPGRAS) englobe le délire de revendication et le délire d'interprétation. Cependant, il hésite à admettre, comme les auteurs français, l'existence de prédispositions constitutionnelles; il tend plutôt à admettre que la maladie consiste dans la transformation et le développement, en face des difficultés de l'existence, d'un type psychique qui aurait été capable, dans des conditions plus favorables, de vivre une vie sociale.

La conception Bleulerienne repose, en ce qui concerne la pathogénie des psychoses proprement dites (dirait MAGNAN), sur la notion d'affectivité.

Pour lui, il l'expose dans sa théorie biologique de l'affectivité (1), on doit concevoir un ensemble de

(1) BLEULER, *Affectivitat, Suggestibilitat, Paranoïa*. Halle, 1926, pp. 10-74.

réactions somatiques (cardiaque, respiratoire, endo et exo-sécrétoires) agissant sur les mécanismes de l'association des idées et orientant le psychisme vers une tonalité affective donnée. Ce sont ces inter-réactions du physique et du moral que BLEULER appelle le circuit de l'affectivité.

A ce propos, nous faisons remarquer que cette hypothèse d'organicité constitue une des divergences qui existent entre les théories de BLEULER et celles de FREUD, que l'on a tendance, en France, à confondre. Ceci dit, BLEULER distingue :

1° Les sujets dont les processus affectifs peuvent être comparés à celui de l'homme normal qui restent en contact affectif (affectiver-rapport) avec la réalité, sont les « Syntones ».

2° Les sujets qui ont perdu le contact affectif avec la réalité sont les « Schizoïdes ».

Ainsi le maniaque est un syntone, il est susceptible de vives réactions vis-à-vis de son entourage, il est trop syntone même pour nous, qui n'arrivons pas à suivre son rythme psychique.

L'homme normal, le bon soldat social, est un syntone également.

Nous en dirons autant du paranoïaque qui reste toujours, malgré tout, plus ou moins en contact affectif avec nous.

Il apparaît donc, comme le dit MINKOWSKY (1), que l'on peut être plus ou moins syntone et plus ou moins schizoïde; l'on ne doit donc pas chercher à ces mots une signification nosologique précise.

(1) MINKOWSKY, *La Schizophrénie*. Payot.

En ce qui concerne les délires des paranoïaques, BLEULER en attribue la genèse à une réaction vitale donnée vis-à-vis de la réalité. Le malade est inférieur à la situation en face de laquelle il se trouve, il ne réagit pas de façon qui le satisfasse, ses sentiments éthiques en souffrent : l'état passionnel est né ; dans ces conditions le malade réagit comme tout individu sain sous l'empire de la passion, seulement il ne revient pas à l'état affectif normal comme le ferait ce dernier.

L'affectivité normale est souple et flexible, elle se plie à l'expérience et aux démonstrations logiques, la crainte de l'erreur entraîne aux vérifications et aux contre-expériences. L'affectivité passionnelle constitue, au contraire, une inclination violente, constante, tyrannique, oriente la pensée dans un sens exclusif et seuls sont retenus les arguments favorables : tout le reste est rejeté, il n'y a ni contre-épreuve ni contrôle.

Nous empruntons à la traduction de Jacques LACAN (1) les conclusions de BLEULER en ce qui concerne sa théorie de la Paranoïa :

« La tentative, dit BLEULER, de faire dériver le tableau de la Paranoïa d'un état affectif basal de nature pathologique n'a jusqu'ici pas réussi. Spécialement la méfiance, qui en serait le fondement n'a rien d'un état affectif vrai. Aussi bien ne se présente-t-elle pas dans toutes les formes de la Paranoïa.

« Une perturbation, générale et primaire, de l'hu-

(1) Jacques LACAN, *La paranoïa dans ses rapports avec la personnalité*, p. 66.

« meur n'a, somme toute, pas été démontrée dans la
« Paranoïa. Des indications passagères ou durables de
« variations de l'humeur surviennent comme chez les
« normaux. Mais elles ne sont pas le fondement de la
« maladie mais seulement des moments évolutifs qui
« prêtent à son tableau certaines nuances; les états
« affectifs que nous y constatons avec netteté sont des
« effets secondaires des idées délirantes.

« Il n'y a pas plus de fondement à l'existence dans
« la Paranoïa d'un trouble général de la perception
« ou de l'aperception, ou encore d'une altération gé-
« nérale des images du souvenir. Même l'hyper-
« trophie du moi, caractère égocentrique, est en
« partie une conséquence du fait que la Paranoïa
« comporte un complexe de représentations chargé
« affectivement, qui se maintient au premier plan de
« la psyché. Ce fait est observé chez les normaux qui,
« pour une raison affective quelconque ou du fait
« d'un complexe, se sont fixés sur certaines idées dé-
« terminées. Dans la Paranoïa c'est à ce complexe
« que vont se rattacher de façon prévalente les évé-
« nements quotidiens, aussi bien que les moins habi-
« tuels. Pour autant qu'ainsi beaucoup de choses qui
« n'ont aucun rapport avec le malade sont mises fal-
« lacieusement en rapport avec le complexe, le délire
« de relation apparaît. Pour autant qu'il faille que
« tout les complexes chargés affectivement aient un
« rapport prochain au moi, le moi est poussé au pre-
« mier plan, fait auquel le terme d'hypertrophie du
« moi n'est nullement approprié. En outre tout Para-
« noïaque a des aspirations et des désirs qui sortent

« des limites de son pouvoir. Cela non plus n'est pas
« à relever comme une hypertrophie du moi.

« L'examen plus rigoureux de l'origine du délire
« montre que sous l'influence d'un état affectif chro-
« nique (de l'état affectif, qui correspond au com-
« plexe nommé), des erreurs prennent naissance selon
« un mécanisme tout semblable à ce qu'on observe
« chez les gens sains, quand les soulève une passion.
« L'élément pathologique consiste en ce que ces er-
« reurs restent impossibles à corriger et s'étendent
« par propagation.

« Un tel comportement suppose des états affectifs
« à très forte « action de circuit » et qui possèdent
« une grande stabilité dépassant la résistance des
« fonctions logiques. Ainsi, les associations qui ré-
« pondent à l'état affectif, bénéficient de frayages,
« excessivement puissants et durables, celles qui lui
« sont opposées sont entravées; il en résulte un cer-
« tain affaiblissement logique, mais avant tout des
« relations personnelles falsifiées et des illusions de la
« mémoire. L'euphorique y voit ses désirs comblés
« dans le délire de grandeurs; le sujet d'humeur nor-
« mal et le dépressif, qui sont dans le cas de ressentir
« leur insuffisance à atteindre leurs buts, y trouvent
« une consolation par ce détour que les mécanismes
« affectifs excluent de la conscience la représentation
« insupportable de leur propre faiblesse, et qu'ils
« parviennent ensuite dans le délire de la persécution
« à transférer les causes de leur échec dans le monde
« extérieur; dans la lutte engagée contre celui-ci, le
« malade n'a plus besoin de rabaisser son estimation

« de soi-même, il peut, au besoin l'exalter de la façon
« la plus directe en prenant position de lutteur pour le
« droit. Le caractère envahissant comparable au can-
« cer et l'incurabilité du délire sont déterminés par la
« persistance du conflit entre le désir et la réalité. »

Ainsi pour BLEULER, il existe quatre facteurs psychogéniques de la Paranoïa :

- 1° Le sentiment éthique d'insuffisance ;
- 2° Le milieu ;
- 3° La stabilité pathologique du « circuit de l'affectivité » ;
- 4° Une certaine dysharmonie entre l'intelligence et l'affectivité.

Il admet en outre que cette disproportion peut être réalisée par deux sortes de combinaison :

- 1° Un trouble de la Syntonie donnant le pas à l'affectivité sur l'intelligence ;
- 2° Un processus schizophrénique qui diminue la résistance des liens associatifs intellectuels, mettant ainsi l'intelligence en infériorité vis-à-vis de l'affectivité.

Il faut donc se garder selon lui d'attribuer une trop grande valeur nosologique au critère : Intégrité intellectuelle, car il n'existe pas de barrière entre la Paranoïa et la Démence Paranoïde.

« Si, dans la règle, on ne peut mettre en évidence
« aucun affaiblissement de la cohérence des liens lo-
« giques il doit bien exister chez tout paranoïaque
« quelque tendance à la dissociation. »

« Pour engendrer l'affection paranoïaque, cette disposition schizoïde doit se combiner avec une affectivité du type stable et à forte action de circuit. »

Dans son livre *Körperbau und character* KRETSCHMER s'attache à déceler les relations entre le caractère et l'aspect physique. Il croit pouvoir distinguer plusieurs types physiques qui se retrouveraient aussi bien chez les psychopathes et les individus normaux que chez les aliénés.

Ces types physiques conditionneraient quatre types caractérologiques :

- 1° Le caractère primitif ou instinctif ;
- 2° Le caractère expansif doué d'une grande puissance psychique, caractère de l'homme d'action intelligent ;
- 3° Le caractère asthénique. Atonie réactionnelle ;
- 4° Le caractère sensitif. Réactions vives mais sans force expansive. Sensibilité très vive. Grande compréhension.

Dans un autre de ses ouvrages : *Der sensitive Beziehungswahn* (Le délire de relation des sensitifs), il étudie une psychose correspondant au délire des persécutés mélancoliques, autrement dit à la forme auto-accusatrice du délire d'interprétation.

Un premier élément du délire : le caractère sensitif, représente une disposition préexistante à la psychose. Le second élément est un événement : « L'expérience », qui révèle au sujet son insuffisance et l'humilie sur le plan éthique. Le troisième facteur étiologique est le milieu social : Agissant comme excitant de l'amour-propre dans une situation humiliante. Le

milieu social le plus caractéristique, à ce point de vue, est celui de l'instituteur, placé à la fois dans une sphère idéale si l'on conçoit sa mission et dans une situation matérielle dépendante; prédisposé en outre, par sa culture, aux conclusions formelles et intransigeantes.

KRETSCHMER prend comme point de départ de son étude, le délire de relation des sensitifs; car il estime que le sensitif est le sujet le plus riche au point de vue intellectuel, d'une extraordinaire sensibilité, d'une éthique scrupuleuse et qu'il possède des capacités raffinées d'introspection. Il apportera donc tous les matériaux à l'analyse psychiatrique et la forme de psychose dans laquelle il tombera sera, sinon la plus fréquente, du moins la plus riche en documents.

Cet auteur décrit ensuite rapidement: le délire de relation systématique (équivalent du délire d'interprétation type Sérieux et Capgras); une confusion aiguë sensitive (voisine des symptômes de certaines démences paranoïdes); enfin une « bouffée délirante apparentée au type névrotique obsessionnel » et une « névrose de situation » qui constituent les formes atténuées du délire.

En somme, des conceptions allemandes de la Paranoïa, nous devons mettre en relief les caractéristiques communes se rapportant à l'interprétation délirante:

1° L'interprétation fausse n'apparaît pas comme un phénomène morbide. C'est le délire qui transforme

celle-ci en une interprétation pathologique du seul fait qu'elle n'est plus corrigée;

2° Le phénomène morbide est quelque chose de plus intime sous la dépendance de divers facteurs :

a) les uns d'origine subjective :

Stabilité pathologique du circuit affectif ;

Disproportion entre l'affectivité et l'intelligence,
pour BLEULER ;

Le type caractérologique, pour KRETSCHMER.

b) les autres en rapport avec le monde extérieur :

Le milieu ;

Le sentiment éthique d'insuffisance, révélé par
une expérience.

KRETSCHMER voit dans le conflit social, amoureux ou même religieux, l'explication, toute psychogénique, du délire ; le Soma n'intervenant que pour déterminer la teinte du thème délirant.

BLEULER, au contraire, met en premier plan une altération des processus psychiques normaux (une dysharmonie affectivo-intellectuelle) dont l'origine réside, en dernière analyse, dans un mécanisme biologique.

CHAPITRE V

Génil-Perrin. - Les paranoïaques.

Delmas et Boll.- La personnalité humaine.

En France, actuellement, le délire d'interprétation, isolé par SÉRIEUX et CAPGRAS, a toujours gardé son individualité en tant que syndrome bien défini, mais une tendance se dessine à englober différentes formes délirantes dans un groupe plus vaste : celui des paranoïaques.

On ne peut aborder ce sujet sans citer immédiatement le remarquable ouvrage de GÉNIL-PERRIN qui constitue une véritable encyclopédie et qui peut être considéré comme la synthèse des conceptions françaises en ce qui concerne la question de la Paranoïa.

L'auteur étudie, successivement, le délire d'interprétation avec ses variétés cliniques ; les paranoïaques atypiques (Revendicateurs, Hypochondriaques, Auto-didactes, Inventeurs, Réformateurs, Erotomanes et Jaloux) puis, dans la dernière partie, oppose le paranoïaque à la société et étudie ses réactions anti-sociales.

Tous les types cliniques étudiés sont concrétisés par de nombreuses observations et des exemples empruntés à la littérature ou à la philosophie; ce qui accroît encore l'intérêt et le plaisir que l'on prend à la lecture de ce travail très complet.

Les aliénistes français contemporains qui ont fait leurs premiers pas en psychiâtrie à la suite de MAGNAN et qui ont vu l'éclosion de la notion de constitution, ont également été soumis à l'influence de RIBOT.

Ce dernier, en dépit de ses prétentions à l'objectivité, s'est souvent laissé entraîner à des interprétations personnelles et à des constructions théoriques. Loin de nous, d'ailleurs, de diminuer la valeur de son œuvre qui constitue la base de la psychologie contemporaine et dont la nécessité fut certaine à son heure.

Il faut bien se garder d'attribuer une valeur autre que spéculative à des travaux tels que: *La psychologie des sentiments*, *Les maladies de la mémoire*, *Les maladies de la volonté*, auxquels tout psychiâtre fera le reproche de négliger les données de la physiologie-pathologique et de l'anatomie-pathologique courantes. La volonté, par exemple, ne peut guère se concevoir comme une fonction autonome: à l'analyse, on s'aperçoit qu'elle peut être conditionnée par de multiples facteurs d'origines diverses. Pourtant, dans le langage courant nous attribuons un sens défini et univoque à cette abstraction et nous en faisons une faculté intellectuelle. La notion de volonté peut donc avoir son utilité, mais il ne faut pas perdre de vue que c'est une synthèse abstraite dont l'usage facilite et

simplifie l'expression de notre pensée. Sous aucun prétexte, nous ne devons en faire une fonction autonome, un élément simple de la personnalité, sous peine de commettre une lourde faute de logique.

Ce sont des restrictions du même ordre que nous devons apporter à la théorie des constitutions, telle que le Docteur A. DELMAS l'a exposée au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1932. Considérant une synthèse abstraite d'une logique et d'une exactitude incontestables, nous y voyons un bel instrument de travail, qui nous permet de cataloguer facilement les sujets soumis à notre investigation mais dont la valeur est discutable lorsqu'il s'agit d'étudier la pathogénie et de tenter une thérapeutique des psychoses.

DELMAS définit ainsi les constitutions (1): « Sous
« le nom de constitution psychopathique, on entend
« l'existence d'un groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité innée du
« sujet, se manifestant de la façon la plus précoce et
« dès les premiers linéaments de la vie, se continuant
« tout au long de l'existence, s'extériorisant par des
« réactions légères ou marquées, affectant par rapport
« aux autres groupes de tendances toutes les formes
« et toutes les combinaisons réciproques. »

En somme, l'auteur admet que tout sujet (futur psychopathe ou non — nous verrons plus loin, en effet, qu'aux « constitutions » pathologiques correspondent chez l'homme normal des « tendances ») est pourvu à sa naissance, par hérédité ou par innéité, des

(1) DELMAS, *Rôle des Constitutions en psycho-pathologie* (Congrès de Limoges, 1932), 56 pages.

prédispositions diverses pouvant se combiner de toutes les façons possibles et dont l'ensemble déterminé et fixé dès ce moment et, une fois pour toutes, formera une ou plusieurs constitutions dominantes qui caractériseront la personnalité du dit sujet.

« D'une durée indéfinie, à la manière d'infirmités
« plutôt que de maladies vraies, les constitutions sont
« susceptibles d'aboutir à l'éclosion de psychoses cy-
« cliques, rémittentes ou, au contraire, progressives;
« elles correspondent à des modalités de déséquilibre
« qui, chez un même sujet, peuvent se recontrer uni-
« ques ou multiples, isolées ou associées; elles repré-
« sentent dans une personnalité anormale, la partie
« morbide dont la proportion varie suivant le degré
« et le nombre de constitutions en jeu. »

En ce qui concerne la constitution paranoïaque, elle a été considérée généralement, comme réunissant l'ensemble des tendances suivantes: l'orgueil, la susceptibilité, la méfiance, la faiblesse et la fausseté du jugement.

DELMAS, au contraire, a pris soin de spécifier textuellement: « La susceptibilité est une manifestation
« d'ordre émotif, comme la méfiance est avant tout
« une réaction de perversité et, des trois éléments que
« l'on a pris l'habitude de placer dans la constitution
« paranoïaque, seul l'orgueil caractérise la consti-
« tution de telle sorte que nous considérons la Para-
« noïa comme la pathologie de l'orgueil. »

« Quant à la faiblesse du jugement, si elle existe
« fréquemment, elle peut aussi faire défaut chez les

« paranoïaques les plus authentiques, en particulier
« chez les Revendicants. »

« Reste la fausseté du jugement et ici nous consi-
« dérons ce facteur, non comme originel et primitif,
« mais comme un effet et une conséquence, en quelque
« sorte logique, de l'influence d'un orgueil exagéré
« sur toutes les opérations de l'esprit; il s'agit bien
« ici, suivant le mot employé, d'un gauchissement
« secondaire et acquis du jugement — quelle que soit
« la valeur initiale de celui-ci — produit par un fac-
« teur affectif démesurément développé. »

Etablissant ensuite un parallèle entre l'orgueil et la cupidité (ce dernier mot exprimant au point de vue matériel ce que le premier signifie au point de vue intellectuel) DELMAS fait de la constitution paranoïaque une exagération de « l'avidité », ce caractère normal de la personnalité humaine.

Ainsi comprise la constitution paranoïaque prend une telle extension que nous devons admettre qu'il n'est même pas un paranoïaque sur mille qui devienne un aliéné: comme le faisait un jour remarquer notre maître, le Docteur HAMEL, tous les paysans doivent être classés dans ces conditions parmi les paranoïaques, et combien, en outre, de citadins.

L'auteur est alors amené à établir une théorie constitutionnaliste de l'efflorescence des délires. Ainsi la Paranoïa se déclencherait par l'intervention surajoutée, soit de l'hyperémotivité, soit de la cyclothymie.

Si une telle théorie éclaire, à la rigueur, le mécanisme de certains délires systématisés chroniques non

hallucinatoires, elle ne peut cependant pas rendre compte de tous les syndromes interprétatifs symptomatiques chroniques et aigus, pas plus que du délire interprétatif aigu essentiel, remarquablement étudié par VALENCE, à l'instigation de SÉRIEUX lui-même.

Pourquoi alors admettre (en particulier en ce qui concerne les délires interprétatifs): d'une part une psychose constitutionnelle, tandis que d'autres formes cliniques voisines, quelquefois même difficiles à différencier pendant des années, seront classées dans le cadre des folies organiques?

Il semble que DELMAS se soit écarté, dans son travail de l'an dernier, de la conception fondamentale qui nous a valu la remarquable étude de la « personnalité humaine » (1).

Dans cet ouvrage, les auteurs préconisent une méthode d'exploration psychologique dont les grandes lignes peuvent ainsi se schématiser:

1° La Psychostatique (l'étude de la personnalité en puissance) est fondée sur la double notion de:

a) La personnalité innée: « Nous devons à la psychopathologie la connaissance de la personnalité innée qui avait échappé aux psychologues parce qu'elle est inconsciente. L'aspect affectif-actif de la personnalité, le tempérament, résulte directement de l'examen des psychoses constitutionnelles et se résout en cinq dispositions que nous avons appelées:: avidité, bonté, sociabilité, activité, émotivité. »

(1) DELMAS et BOLL, *La personnalité humaine. Son analyse*. Flammarion, Paris, 1922.

« Malheureusement, la psychopathologie ne nous
« renseigne pas sur les aptitudes intellectuelles: Nous
« nous sommes efforcés de tourner la difficulté par
« des considérations philogénétiques, qui permettent
« de déduire les cinq dispositions précédentes des
« trois propriétés fondamentales de la vie: nutrition,
« génération et motilité; ce qui conduit en même
« temps à considérer la quatrième propriété de la vie:
« la réceptivité comme s'élaborant dans la mémoire,
« l'imagination et le jugement dont l'ensemble cons-
« titue l'intelligence, partie intellectuelle de la person-
« nalité innée. » (1).

b) La personnalité acquise: « Malgré l'importance
« de la personnalité innée, il ne faut pas nier qu'à elle
« se superpose une personnalité acquise, empreinte
« des événements qui ont agi sur nous depuis notre
« naissance. »

« Cette personnalité acquise trouve son achèvement
dans la conscience, que nous connaissons comme la
somme — acquise et conservée — de toutes les con-
naissances relatives à nous-mêmes. » (1).

2° La Psychodynamique (étude de la personnalité
en acte) s'attache au « comportement d'une person-
« nalité donnée sous l'influence de perceptions ex-
« ternes, de l'actualisation de certains souvenirs et
« aussi de cet état interne inconscient qui constitue la
« cénesthésie. » (2).

3° La Psychologie, telle que la conçoivent les au-
teurs, se propose, en conséquence, de déterminer les

(1) DELMAS et BOLL, *La personnalité humaine*. p. 244.

(2) *Loc. cit.*, p. 245.

manifestations d'un individu en tenant compte de ses instincts, dispositions et aptitudes innées (personnalité innée), de l'empreinte qu'ont laissé sur lui les phénomènes extérieurs avec lesquels il a été en rapport (personnalité acquise), ainsi que des différents éléments de son comportement psychodynamique (paragraphe 2).

Dans ces conditions, pourquoi, en pathologie mentale, au lieu d'accorder une telle importance à la notion de constitution (en risquant de lui accorder une valeur artificielle), ne pas lui laisser simplement la part, encore suffisante, qui lui revient dans la personnalité de l'aliéné et ne pas concevoir l'étude de la psychopathologie en tenant compte, comme les auteurs l'ont d'abord proposé :

1° De l'hérédité et de l'innéité (la nuance au fond est bien minime);

2° De la personnalité acquise (c'est-à-dire de l'influence du milieu);

3° Des facteurs psychodynamiques (perception, actualisation des souvenirs, cénesthésie: en somme trois facteurs soumis au fonctionnement de l'organisme et qui conditionnent les manifestations intellectuelles, affectives et psycho-motrices).

CHAPITRE VI

L'automatisme mental de G. de Clérambault

L'intuition délirante de Targowla et Dublineau

Depuis 28 ans, des certificats de l'infirmerie spéciale du Dépôt, mentionnent « le syndrome d'automatisme mental ».

DE CLÉRAMBAULT comprend, par automatisme (1), « les phénomènes classiques : pensée devancée, énonciation des actes, impulsions verbales, tendance aux phénomènes psycho-moteurs. »

« Je les oppose aux hallucinations auditives (objectives, individualisées et thématiques) ; je les oppose aussi aux hallucinations psycho-motrices caractérisées. Le terme d'automatisme, ainsi limité est certes passible de quelques objections ; j'aurais pu dire « petit automatisme mental », je n'ai pas voulu du mot « mentisme », je cherche un terme approprié... »

(1) Société médico-psychologique, 25 décembre 1923.

« Je crois, quand j'ai isolé le groupe des phénomènes susdits avoir quelque peu innové en affirmant :

« 1° Leur teneur essentiellement neutre ;

« 2° Leur caractère non sensoriel ;

« 3° Leur rôle initial dans le délire. »

Par la suite, apparaîtraient chez les malades « l'automatisme sensitif » et « l'automatisme moteur ».

« Le triple automatisme s'observe, d'une part, dans des sortes d'hallucinoses et dans des psychoses plus ou moins systématiques ; « d'autre part, dans des psychoses toxiques subaiguës et dans la manie. »

« En ce qui concerne l'interprétation délirante notre Maître, le Professeur SANTENOISE, a bien voulu nous exposer les conceptions (qui lui sont familières, en raison de sa collaboration avec DE CLÉRAMBAULT) émises à diverses occasions par ce dernier.

Les phénomènes automatiques, primitifs, anidéiques, peuvent être conscients ou inconscients, isolés ou englobés dans le triple automatisme. »

DE CLÉRAMBAULT s'est surtout attaché à l'étude du syndrome au complet dans la psychose hallucinatoire chronique : c'est là qu'il joue le rôle le plus évident ; cependant il conçoit, à la base du délire d'interprétation, un « petit automatisme mental » non conscient qui se révèle un jour par un phénomène intuitif délirant, d'emblée.

D'ailleurs DE CLÉRAMBAULT dira expressément : « A côté de phénomènes tels que l'écho de la pensée, « l'énonciation des actes, les jeux syllabiques..., il faut faire place à des phénomènes purement psy-

« chiques: Intuitions abstraites, velléités abstraites, « arrêts de la pensée abstraite, cet ensemble constituant le petit automatisme mental. »

En somme, l'intuition délirante, c'est-à-dire le délire, naît dans la mentalité de certains individus à la faveur d'un phénomène qu'il serait inexact d'assimiler à l'automatisme physiologique, tel que l'a compris JANET, mais qui s'éloigne aussi du « Triple automatisme » ou « Syndrome S » tel qu'il a été, ces dernières années, associé au nom de DE CLÉRAMBAULT.

En ce qui concerne la pathogénie de l'automatisme mental, elle est nettement organique:

« L'origine ideo-affective est rendue impossible, dit DE CLÉRAMBAULT, pour plusieurs raisons:

« 1° Les troubles sensitifs, concomittants dans de nombreux cas, ne peuvent être idéogéniques; les « phénomènes positifs neutres, les phénomènes négatifs et la démence, lorsqu'elle existe, ne peuvent être « idéogéniques; or, ils doivent relever de la même « cause que les phénomènes idéiques. »

« 2° Chez l'adulte avancé le tableau clinique est le « même au début, que la psychose évolue vers la démence ou que l'intégrité intellectuelle persiste. »

L'auteur énumère ensuite les cas dans lesquels on peut faire un rapprochement entre des psychoses cryptogénétiques et des psychoses notoirement organiques, à tableau clinique identique. (Démence précoce à forme paranoïde. Délires en rapport avec une infection ou avec d'autres causes organiques grossières) et conclut:

« Ainsi les vésanies chroniques cryptogénétiques rentrent dans les lois de la neurologie ; ce ne sont plus des Génies Morbides Autonomes Stéréotypés, mais des Séquelles Syndromiques variables dont il y a lieu d'étudier plutôt l'unicité que les variétés. »

Cette tendance organiciste est également celle de la Monographie que TARGOWLA et DUBLINEAU ont consacré à « l'Intuition délirante » dans laquelle ces derniers étudient des phénomènes du même ordre que le « mentisme » ou le « petit automatisme » dans les différentes formes de la Paranoïa.

Cette notion, qui n'est pas neuve, (MAGNAN, dans ses leçons cliniques insiste sur l'existence d'une « période de malaises et de soupçons » précédant les interprétations. — DUPRÉ et LOGRE décrivent les « imaginatifs-intuitifs ». — DE CLÉRAMBAULT et NAYRAC en font une manifestation de l'automatisme) ayant été ainsi isolée et illustrée, les auteurs signalent le syndrome oniro-intuitif de l'homme normal, fondé sur les facteurs suivants: rêves vrais, rêvasseries et demi-sommeil. Les intuitions surviennent dans des circonstances que l'on doit rapprocher de celles qui conditionnent les syndromes interprétatifs dans la confusion mentale ou l'épilepsie, où apparaissent d'abord des intuitions post-confusionnelles.

Il peut s'agir, en ce qui concerne l'intuition délirante, tantôt d'un sentiment très vague relevant de la cénesthésie (Idées intuitives de malchance, de mauvais état de santé); tantôt, l'automatisme psychologique aidant, des idées délirantes nettes peuvent apparaître, systématisées d'emblée, dans le champ de la conscience.

Ainsi, la conviction délirante peut être :

a) essentielle (syndromes intuitifs essentiels, c'est-à-dire sans substratum psychopathologique décelable);

b) liée, en outre, à un état passionnel d'origine éthique, sociale, sexuelle, etc...

Nous pouvons donc concevoir une perturbation profonde de la cénesthésie et du psychisme qui relève de l'association, sous ses multiples modalités, de troubles psycho-toxiques à un état affectif. Le ton affectif, de quelque origine qu'il provienne (maniaque, anxieux ou scizophrène), joue un grand rôle dans la détermination des convictions délirantes formulées.

En ce qui concerne la pathogénie, les auteurs conçoivent à la base de l'intuition délirante, une perturbation fonctionnelle de la cellule nerveuse, de son équilibre physico-chimique et de son métabolisme, trop faible pour donner lieu à une lésion histologiquement décelable, mais suffisante pour altérer les fonctions les plus délicates et modifier le sentiment qui en accompagne le processus normal.

Au reste, cette perturbation ne serait pas primitive. mais, au contraire, consécutive à une atteinte toxique ou toxi-infectieuse.

MAGNAN	SÉRIEUX et CAPGRAS DUPRÉ BALLET	KRAEPELIN	BLEULER et KRETSCHMER	DELMAS CONSTITUTIONS PSYCHOSES
Maniaques.				Hyperémotive. Perverse.
Mélancoliques.				Folie morale.
Folies intermittentes				Ps. Mythomaniacque.
	Manie-Mélancolie.	Psychose maniaque-dépressive.	Cyclothymie	Cyclothymique.
	Délire de revendication. Délire d'interprétation. Délire d'imagination.	Paranoïa	Paranoïa	Manie-Mélancolie. Délire de revendication. Délire d'interprétation.
Folie des dégénérés.	États obsessionnels. Psychose hallucinatoire chronique.	(Paraphrénies) Démence précoce.	Schizophrénie	Psychose hallucinatoire chronique. (forme de transition entre les psychoses constitutionnelles et organiques.)
Délire chronique,				
MAGNAN ne fait pas de la D.P. une entité nosologique mais la forme terminale de la folie des dégénérés.	Démence précoce.			Démence précoce. (Psychose organique.)

Psychoses organiques, Toxiques et Toxi-Infectieuses.

DEUXIÈME PARTIE
FAITS CLINIQUES

FAITS CLINIQUES

Dans cette partie de notre travail, nous nous efforçons simplement de mettre en lumière, à la faveur des observations que nous apportons, la ressemblance troublante que présente avec le délire d'interprétation (type SÉRIEUX et CAPGRAS) réputé essentiel, des syndromes interprétatifs nettement symptomatiques de troubles organiques ou fonctionnels avérés.

Personne ne conteste que des interprétations délirantes ou épisodiques (n'influençant pas le thème délirant) se manifestent au cours d'états confusionnels, à la suite d'accès oniriques, lors d'un choc affectif ou dans certains cas d'affaiblissement intellectuel.

Quelle que soit leur valeur dans les discussions pathogéniques, nous ne les retiendrons pas ici parce qu'il s'agit de phénomènes passagers, la plupart du temps rapidement rectifiés et oubliés.

Il en est tout autrement des syndromes durables, dont nous allons fournir un certain nombre d'exemples, pris parmi beaucoup d'autres et dans lesquels l'interprétation délirante se manifeste, pour ainsi dire, à chaque occasion, constitue le symptôme nettement dominant et paraît former (selon notre logique normale) le noyau du délire.

Pour nous servir d'exemple, nous rappellerons l'observation I (voir page 14) et nous en fournirons une deuxième, dans lesquelles il est impossible de prouver le rapport d'un trouble fonctionnel ou organique, avec l'apparition du délire et qui répondent, tant par la physionomie clinique que par l'évolution au syndrome de SÉRIEUX et CAPGRAS.

Nous décrirons ensuite des délires à base d'interprétations, symptomatiques: d'une atteinte comitiale, d'étylisme subaigu ou d'affaiblissement intellectuel (en rapport avec la sénilité, avec une infection chronique ou avec des troubles toxiques ou auto-toxiques chroniques).

Nous ne fournirons pas d'observations se rapportant à des atteintes aiguës de l'organisme (étylisme aigu, maladies infectieuses aiguës) en raison de l'existence pour ainsi dire constante, en sus des interprétations délirantes, de phénomènes sensoriels oniriques et d'un relâchement des liens associatifs de la pensée qui modifient complètement au moins la forme de la psychose.

OBSERVATION II

(Service de M. le Docteur Hamel)

H... Victor, âgé de 51 ans, est entré à l'asile en 1930, atteint, signale le médecin traitant, de délire partiel. Sa femme est victime de violences de sa part ainsi que son fils, âgé de 16 ans. Le malade les accuse, en effet, d'inceste.

Le début du délire remonte à l'année 1928. Il a surpris la fille du maire de son village en relations coupables avec un garçon.

Naturellement, il n'a rien dit aux parents parce qu'elle était majeure et que cela ne le regardait pas.

« Mais ne voilà-t-il pas qu'elle s'est mise à me faire des manières, elle me courait quasiment après ! J'ai compris son jeu : elle aurait voulu que je faute avec elle pour me faire endosser la paternité du fils qu'elle allait avoir.

« Alors, il a bien fallu me défendre — surtout quand elle est partie trois jours pour se faire avorter —. J'ai dit au village ce qu'elle était allée faire. Son père a porté plainte : on m'a interrogé, mais l'affaire n'a pas eu de suite, parce qu'ils auraient été bien en peine !

« Le malheur, pour moi, a été alors de me taire : je n'ai plus parlé de cette histoire, et quand des amis m'en parlaient, pour avoir la paix, je disais que je m'étais trompé ! De ce moment-là, toutes les jeunes filles qui avaient fauté se sont dit que j'étais une « bonne poire », et que je leur servais pour reconnaître leurs enfants.

« A maintes occasions, j'ai été ainsi provoqué, elles disaient entre elles (mais bien fort pour que je l'entende) : « Il fait beau... nous allons au bois. » Si j'avais été assez bête pour accepter leurs rendez-vous, j'aurais une belle collection de bâtards sur les bras.

« Mais le comble a été quand ma femme, je ne sais sous quelle influence, s'est mise à fauter avec l'ainé de mes fils. Tous les gens du village qui, jusque-là, avaient eu peur de mes révélations, ont pris leur revanche.

« Tout le monde, dans la rue, se moquait de moi, on me sifflait, on me traitait de cornard. Quand j'ai compris ce qu'il en était, je me suis mis à les surveiller et j'ai vite acquis une certitude. D'abord, il y avait un an que je n'avais plus eu de rapport avec ma femme, nous faisions chambre à part, parce qu'elle prétendait que nous avions assez de cinq enfants. Il suffisait que j'aille à l'écurie pour que le fils rentre à la maison et cause avec elle ! Une fois, je les ai entendus qui disaient : « Nous avons eu tort de nous embarquer dans cette affaire-là... » Ils s'étaient, en effet, rendu compte que je les surveillais de près et commençaient à avoir peur.

« Mais là où elle a été bien en peine, c'est quand elle a laissé « échapper devant moi qu'elle était enceinte : Vous pensez si je « la tenais, il y avait un an que je ne l'avais pas approchée !

« C'était à la récolte de pommes de terre : il y avait une haie, « et pendant que je trimais, elle était allée causer avec une « voisine. Je reviens pour prendre une chopine à la charrette « et, à travers de la haie, je l'entends qui dit : « ...Quand je me « suis vue enceinte d'Edouard, le mois après... » Je n'ai pas « saisi le reste, mais j'ai entendu la voisine rire. Le soir, je « lui ai fait des reproches, pour son manque de vergogne ! »

La malheureuse femme eut beau protester, et dire qu'il s'agissait, dans la conversation, de l'époque, lointaine de 16 ans, où elle attendait son fils aîné, le malade interprète en sens opposé et l'accable de reproches et d'injures.

« Le lendemain, comme j'allais à Lunéville acheter une « pièce pour l'écrémeuse, mon fils est parti toute la journée, « il est rentré quelques minutes après moi et a donné une bou- « teille à sa mère. Trois jours après, elle a été malade, est res- « tée deux jours au lit et il n'a plus été question de rien, mais « tout le village a su qu'elle avait fait une fausse-couche.

« A partir de ce moment-là, les allusions ne m'ont pas été « épargnées, tout le monde est devenu arrogant vis-à-vis de « moi : on voyait bien qu'ils ne me craignaient plus ! »

Le délire devient actif au point d'interdire toute vie sociale et le malade entre au service où il se trouve encore actuellement.

Il est toujours aussi interprétant, et accuse en ce moment le sous-chef de quartier d'avoir subtilisé, le mois dernier, son certificat de sortie, parce que ce premier veut lui prendre la femme d'un employé de l'asile, qui lui a fait des avances, et avec laquelle il a l'intention, une fois sorti, de refaire son existence.

SYNDROMES INTERPRÉTATIFS SYMPTOMATIQUES

a) **Syndromes symptomatiques d'une atteinte comitiale**

OBSERVATION III

(Service de M. le Docteur Hamel)

C..., âgé de 27 ans, est interné d'office à la suite de plaintes à la police de la part de ses voisins. Le médecin qui l'a examiné déclare qu'il est atteint de délire de la persécution.

Les antécédents du malade sont pour le moins douteux : son père est mort paralysé, il était au lit depuis neuf ans. « On lui a fait une série de piqûres dans les veines et dans les fesses. » Une fois, on lui a fait des piqûres avec un liquide rouge qu'on agitait auparavant (il doit s'agir du Quinby), on le soignait également pour les artères.

Trois frères du malade sont bien portants ; quant à lui, il a eu des convulsions dans l'enfance et il est sujet à des accès vertigineux.

Marié, veuf au bout de quelques années, il a eu deux enfants : d'abord un garçon qui est mort en bas âge de convulsions, puis une fillette, bien portante actuellement.

A l'entrée au service le malade était un peu désorienté dans le temps, mais répondait correctement aux questions posées ; l'attention était suffisante, la mémoire manquait de précision pour les faits récents.

En ce qui concerne le délire de persécution, C... l'exprime sans réticence : Il est depuis quelque temps en butte à des tra-

casseries, on est jaloux de lui, on l'accuse de pédérastie, les gens le regardent et parlent entre eux en le désignant. Il a eu peur, est allé demander secours à la gendarmerie, on rit de lui, il s'affole et, finalement, un épisode anxieux provoque l'internement.

Le lendemain de son entrée C... se montre plus troublé sous l'influence d'illusions du souvenir en rapport avec de l'onirisme (nous apprendrons plus tard que le malade avait bu énormément dans la journée de son arrestation). Dix jours après l'entrée, ce dernier réagit par un mutisme absolu qui dure cinq jours, ne se remet à parler que pour exprimer des idées de suicide...

Au bout de quelque temps, l'onirisme ayant cessé et la lucidité étant de nouveau normale, C... nous expose, avec une certaine finesse d'introspection, son état présent et passé.

Il précise d'abord au cours d'un premier interrogatoire, une partie de la bouffée délirante qu'il a présentée à l'asile, ainsi que les facteurs, sociaux et professionnels, qui l'ont conditionnée.

C... était livreur en camion automobile dans une maison d'épicerie en gros. Il y a six ou huit mois qu'il était fâché avec son contremaître, M. Lenoir : « Un jour que je rentrais de tournée, il m'a reproché de dormir sur le camion, j'ai pris cela en mauvaise part, et je ne lui ai plus adressé la parole de quelque temps.

« Ensuite, j'ai essayé de me remettre bien avec lui, mais alors, de son côté, il a refusé de me répondre : Il avait la tête encore plus dure que moi ! »

A ce moment-là C... buvait « pas mal ! », et il est possible, il le reconnaît, que les remontrances de son chef aient été motivées par son intempérance.

Quelques semaines avant l'internement, le camion de C... « a été pris dans une flaque d'eau et est allé dans le fossé... » La sanction a consisté à retirer ses fonctions à notre homme et à lui faire charger des camions aux docks.

« Quand Lenoir m'a annoncé cela, la colère m'est venue

« et je lui ai f... un coup de poing... alors ils sont tombés sur moi à bras raccourcis. »

Privé de son travail, C... n'en a été que plus soumis à l'influence de son délire, et il n'a plus pensé à cet épisode. Seulement, la bouffée d'onirisme, présentée après l'entrée au service, a trouvé son aliment dans la scène violente en question, et notre malade a bâti de toutes pièces, à cette occasion, une conclusion en rapport avec ses préoccupations.

« Lenoir aurait été le voir dans la salle du service où il était couché, ils auraient eu une nouvelle discussion, C... croit avoir pris alors un revolver qui se trouvait à portée de sa main et tiré six coups sur son chef... Il l'a certainement tué, il est un criminel... il ne lui reste plus qu'à se pendre. »

Pourtant il admet, lorsqu'on le pousse à fond, en lui démontrant l'absurdité et le caractère de rêve de son histoire, que tout cela ne se tient pas bien : Par exemple, il ne peut pas se rappeler avoir vu tomber Lenoir quand il a eu tiré. « C'était comme au cinéma, on a coupé brusquement ! » Plus tard, lors d'un second interrogatoire, nous recherchons plus loin dans le temps les premiers linéaments du délire d'interprétation qui a motivé l'internement.

Il y a plus d'un an que C... a constaté une recrudescence des vertiges qu'il présentait. Il s'en étonne et attribue cela à des causes bizarres. D'ailleurs, il avait l'impression d'une hostilité générale. « De preuve vraie?... Je ne puis pas vous en donner. « J'ai pourtant vu les gens se retourner dans la rue et j'ai « pensé que c'était à cause de moi... J'ai entendu vaguement... « c'était comme une impression... que les mots qu'ils chuchotaient voulaient dire Tapette, tapette : ils me traitaient de « pédéraste et comme ils avaient raison, j'ai eu peur qu'ils ne « me fassent un mauvais parti. »

On le faisait suivre partout où il allait. Il rencontrait des agents à des endroits où ils n'avaient rien à faire, sinon pour le filer.

Dans ces conditions, il va à la Secrète demander qu'on le punisse ou, s'il n'est pas coupable, qu'on assure sa sécurité.

C'est alors qu'il se met à boire, les craintes panophobiques s'exagèrent, et le malade est interné à la suite d'une crise anxieuse.

Ici se place un fait important : autant il a été, en somme, facile de faire abandonner à C... son délire d'auto-accusation post-onirique ayant trait à l'assassinat du contremaître, autant il se montre inébranlable en ce qui concerne les moindres détails du délire d'interprétation.

Il est lucide, s'en rend compte, et prétend distinguer parfaitement ce qu'il a pour ainsi dire rêvé « étant fou » et ce qu'il estime être l'expression absolue de la réalité.

Plusieurs fois d'ailleurs, depuis son entrée, C... a présenté des poussées interprétatives coïncidant avec des accidents vertigineux et des manifestations de violences nécessitant l'alitement.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Docteur Hamel)

N... Edmond entre à l'asile le 14 mars 1931, à la suite de réactions violentes vis-à-vis de son entourage.

Le médecin traitant relate dans le certificat à fin d'internement, les faits suivants : « En septembre dernier (septembre « 1930), j'ai eu l'occasion de voir pour la première fois le « malade qui était déjà irritable et se croyait l'objet de la « malveillance de certains de ses voisins ; ses réactions « n'allaient pas au-delà de menaces vis-à-vis de sa mère et de « son entourage.

« Actuellement, le malade a cessé tout travail régulier et « disparaît de la maison paternelle assez fréquemment, sans « expliquer ses absences. Il montre de plus en plus d'animosité « envers ses voisins qui le narguent et cherchent à l'empêcher « de dormir en faisant jouer leur phonographe, etc... »

Les antécédents héréditaires sont intéressants en ce qui concerne l'hérédité bacillaire. Sa mère est morte jeune (le malade avait 3 ans), il a entendu dire qu'elle est partie de la

poitrine ; son frère aîné est mort d'hémoptysie au sanatorium. Il a été lui-même réformé pour faiblesse de constitution. Il a uriné au lit jusqu'à 10 ans. Le malade se présente comme un longiligne, émacié, pâle, son aspect est celui d'un prétuberculeux.

Pendant qu'il parle, d'ailleurs avec difficulté et en bredouillant, on reconnaît l'existence d'une hémiparésie faciale droite avec ptosis droit. Les réflexes tendineux, cutanés abdominaux, plantaires, pupillaires ne présentent rien de remarquable.

La sérologie, en ce qui concerne la syphilis, tant dans le sang que dans le liquide cephalo-rachidien, est négative.

Depuis son entrée au service, N... Edmond a présenté cinq crises comitiales caractérisées, de mars 1931 à mai 1932. Depuis cette date, les accès ne se sont plus reproduits dans la forme motrice.

N... a été un mauvais écolier : « Ça m'emm... d'étudier ! », aussi ses notions scolaires sont des plus rudimentaires.

Lorsque nous l'interrogeons au sujet de ses chutes, il nous signale une insolation avec perte de connaissance à l'âge de 12 ans. Ensuite, rien de nouveau ne se serait produit jusqu'en octobre 1930, où il a fait une chute en partant à son travail. Enfin, la troisième et dernière chute avant l'internement s'est produite dans la dernière place où travaillait N... Il est tombé sous une machine et montre une cicatrice qui résulte d'une plaie produite à cette occasion.

Dans les jours qui ont précédé l'entrée au service, N... passait ses journées derrière sa fenêtre, caché par les doubles rideaux, à épier les voisins.

Il poursuit de ses assiduités et en même temps de ses récriminations une voisine. Il dépose des lettres derrière ses persiennes. Celle-ci lui fait adresser des remontrances par son mari. N... répond que si ce dernier ne parlait pas toujours de lui avec sa femme et ne jouait pas des disques de phonographe à son intention, il ne se préoccuperait pas d'eux.

« Ils racontaient des histoires de ma belle-mère. Le phono-

« graphe jouait des chansons où il était également question
« de ma belle-mère. »

Une fois au service, comme il est fréquent dans ces cas, les phénomènes interprétatifs s'atténuent pour disparaître et faire place à une obtusion intellectuelle en rapport possible avec les crises comitiales. Episodes violents lors des crises.

Maintenant N..., qui n'a plus présenté de crises depuis dix mois, parle de son délire comme d'une maladie dont il s'est débarrassé : « J'ai été malade pendant un an », et ne manifeste plus la moindre idée de persécution.

OBSERVATION V

(Service de M. le Docteur Hamel)

L'observation de M^{lle} D... Alice, âgée de 33 ans, se présente ainsi : Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. L'histoire personnelle de la malade est identique dans l'enfance à celle de la plupart des sujets : maladies contagieuses diverses, rhume, etc... M^{lle} D... est réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Depuis cette date jusqu'en 1926, elle dit avoir été sujette à des crises motrices. Les renseignements de la famille nous apprennent qu'il s'agit d'épilepsie avérée et traitée.

M^{lle} D... possède une très grosse culture générale concernant non seulement la littérature française, mais également de nombreux auteurs étrangers. Elle est particulièrement familiarisée avec les conceptions philosophiques récentes. Lorsque ses études supérieures furent terminées brillamment, notre malade entreprit d'exercer une profession libérale.

Bien que débarrassée du souci que lui causaient ses crises comitiales, dont elle n'a eu conscienc que par ce que lui en disaient les personnes de son entourage, la malade n'a jamais eu le courage de se mettre au travail de façon assidue, et au bout d'un certain temps elle abandonne ses affaires pour voyager à l'étranger. Là elle s'occupe activement de politique, mène

une existence anormale mais qui cependant l'attire, et ce n'est que longtemps après qu'elle rentre dans sa famille, en 1930.

A ce moment, la malade qui veut se remettre au travail, trouve qu'elle ne peut plus fixer sa pensée, qu'elle perd « la joie du travail ». Elle remarque, peu après, que les aliments provoquent des troubles, tels que le noircissement des lèvres, la rougeur des conjonctives ou du front. Elle se livre à des interprétations multiples : On laisse sur une étagère de la cuisine une bouteille de soude, c'est donc que l'on en a besoin pour en verser dans les aliments. Elle observe sa mère et lui fait remarquer combien sa manière d'être est bizarre ; comme cette dernière ne comprend pas, elle la traite de menteuse, s'empporte en de violentes explosions de colère.

La malade organise ensuite un système délirant à base de persécutions politiques dans lequel elle englobe tout son entourage.

On ne veut pas la tuer, mais se venger d'elle en la faisant souffrir et en portant atteinte à sa vitalité et à son énergie. Elle fait donc tous ses efforts pour se défendre et, en particulier, surveille son alimentation : Elle n'accepte les œufs que présentés dans leur coquille, et vérifie soigneusement si cette dernière est parfaitement intacte ; elle complète son repas avec des pamplemousses ou des oranges.

Dans ces conditions, elle estime échapper plus souvent aux tentatives d'empoisonnement et peut lire à nouveau ; cependant, le travail soutenu lui est encore impossible.

Pendant ce temps les réactions violentes vis-à-vis de sa famille deviennent telles que l'internement s'impose.

Le D^r HAMEL rédige ainsi le certificat à l'entrée dans le service : « est atteinte de psychose interprétative développée « sur un terrain névropathique (crises comitiales anciennes « ayant disparu depuis quelques années). Cette malade soup-
« çonne son entourage de falsifier son alimentation et refuse
« les aliments préparés par tout autre personne qu'elle-même.
« Elle se livre à des interprétations multiples sur les attitudes
« de son entourage ou sur sa propre cénesthésie. »

Les faits, depuis l'internement, n'ont pu que confirmer le diagnostic d'entrée. Par poussées, se manifestent de véritables équivalents épileptiques avec violences, tentatives de fugues et paroxysmes interprétatifs.

Si l'on se rappelle que le changement dans le mode de vie de notre malade coïncide avec la disparition des crises comitiales; qu'aucun phénomène morbide n'était auparavant apparu dans sa mentalité, on est obligé d'admettre autre chose que la superposition de deux maladies différentes.

1° Le tempérament paranoïaque ne s'est jamais manifesté avant la maladie.

2° Les crises motrices n'ont disparu que pour faire place au délire.

Actuellement, la malade est dans le même état. Se livre toujours à des interprétations (Elle a remarqué que les autres malades du service devaient être des hommes), est extrêmement violente vis-à-vis de ces compagnes ou de ses infirmières et se livre à chaque instant à des tentatives de fugues.

b) **Syndromes interprétatifs symptomatiques
d'éthylisme subaigu**

OBSERVATION VI

(Service de M. le Docteur Aubry)

D... Raymond, orphelin de père et de mère (sa mère est morte quand il avait un an; son père est mort à la guerre), est âgé de 27 ans.

Son éducation fut négligée et ses notions scolaires se ressentent de ces conditions d'existence. D... a été en classe jusqu'à l'âge de 13 ans, mais il n'a pas passé le certificat d'études. Il est entré, dès qu'il a quitté l'école, dans une filature, puis, à 18 ans, il change de métier.

Le service militaire ne lui a pas été pénible et fut effectué sans une seule punition.

Au retour de son service, D... travaille comme manœuvre dans une usine métallurgique de la région nancéienne. Le métier est pénible et nécessite des changements fréquents d'habitudes: en effet, une première semaine le travail commence à 4 heures et se termine à midi sans interruption; la semaine suivante, il dure de midi à 8 heures du soir, et la troisième semaine de 8 heures du soir à 4 heures du matin. Dans ces conditions, dormant peu, désœuvré le reste du temps, il a de fréquentes occasions de boire. C'est à la suite d'excès de bière que, l'an dernier, notre malade a souffert d'un ictère catarrhal. Une fois guéri, il remarque que la bière n'est plus tolérée par son organisme et qu'il souffre du foie chaque fois qu'il en consomme. Sagement, il supprime la bière... mais la remplace par du vin blanc. Petit à petit, notre malade en est arrivé à consommer, par jour, outre un litre et demi de vin rouge aux repas, du café en grande quantité, accompagné de pousse-café et un litre de vin blanc. Après six mois de ce régime, où la fatigue s'ajoute aux effets de l'alcool, se sont manifestés les premiers phénomènes interprétatifs.

Il voyait ses camarades de travail faire des signes à son sujet et se moquer de lui. Les gens qui l'invitaient à boire de la bière blonde le faisaient comme allusion à sa jaunisse et pour l'humilier. Tout le monde lui en voulait parce qu'il avait du succès auprès des femmes : d'ailleurs la cause de tous ses malheurs vient de là !... D... était, en effet, pensionnaire chez une débitante, mais allait coucher chez son frère. Or, un jour, la patronne le fait monter à l'étage avec elle sous prétexte, dit le malade, de montrer ses chambres. D... comprend cela comme une provocation amoureuse et n'est pas, le moins du monde étonné, quand, plus tard, au cours d'une conversation, elle s'exprime ainsi : « J'ai connu autrefois un jeune homme « que j'aurais bien aimé épouser, mais il ne faisait pas attention à moi... Dernièrement je l'ai revu et cela ne m'a pas « fait plus d'effet que de voir un chien... »

D... conclut de ces mots que la logeuse entend le traiter comme un chien... A force de penser à cela, il en arrive à croire qu'elle va l'obliger à la suivre comme un chien... Il change de pension, et se met à boire encore plus sans parvenir à se distraire des préoccupations qui l'obsèdent... Le délire s'étend, des hallucinations polysensorielles apparaissent : Il voit et entend principalement des chiens partout, il les entend, il ne peut s'en débarrasser... Il est comme un chien...

Un délire panophobique se manifeste, et une tentative de suicide collectif (le malade tente d'étrangler ses neveux avant d'essayer de se tuer) motive l'internement.

A son arrivée à l'asile, D... est malgré tout très calme, bien orienté dans le temps et dans l'espace, l'attention et la mémoire sont bonnes et le malade expose son délire avec cohérence.

Au bout de quelques semaines de régime et de privation d'alcool, les phénomènes interprétatifs qui se manifestaient, dit l'entourage du malade, depuis plus de six mois, ont disparu entièrement. Actuellement, D... se rend compte « qu'il a été malade et que tout cela ne devait pas être vrai », il n'est pas réticent et reconnaît « qu'il s'est conduit comme un fou ».

L'intérêt de ce cas réside dans le fait que les interprétations ne sont pas des phénomènes épisodiques non systématisés (comme dans les états d'onirisme) mais constituent le noyau du délire et que, contrairement à ce qui s'est passé chez le malade de l'observation III, la désintoxication entraîne la correction du délire.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Docteur Aubry)

Les antécédents héréditaires de L... Charles, 44 ans, employé de chemins de fer, sont assez chargés. Si la mère est encore bien portante, le père était un buveur : il est mort subitement à 68 ans ; un frère du malade est idiot, une cousine germaine du côté maternel a été internée.

L... est marié et a trois enfants bien portants. Cet été il a été malade d'une insolation, en outre c'est un buveur d'habitude. « Je bois assez bien ! » dit-il avec une certaine fierté.

Le début de la maladie remonte environ à un an. L... croit que son voisin lui veut du mal. Ce dernier est comme lui fonctionnaire des chemins de fer, il reconnaît « qu'ils n'ont jamais été camarades ».

L... commence par interpréter les conversations de ce dernier « qui faisait toujours des allusions cachées » le concernant. « Quand ils ont du monde, je les entends rire et se moquer de nous. Ils parlent tout le temps de cocus, ils jouent sur le phono des chansons choisies exprès pour se moquer de moi. Tout le temps ils mettent un disque où on chante : « Il est cocu... le chef de gare ! » Finalement, le malade, de plus en plus interprétant, se figure que l'on cherche à briser sa carrière parce que l'on est jaloux de lui et également parce que ses filles sont les mieux payées à l'atelier de broderie. Il profère des menaces de mort : « Un de nous deux est de trop... il faut que ça cesse ! », et descend un jour chez le voisin, armé d'un couteau pour le tuer. C'est alors qu'a lieu l'internement.

A l'entrée au service, on constate que les réflexes tendineux sont vifs, polycynétiques, avec extension des zones réflectogènes ; les cutanés-abdominaux sont abolis. Tremblements de la langue et des doigts. Pas de troubles sensitifs ni d'anomalies des réflexes pupillaires. Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives. En somme, un tableau neurologique d'éthylisme sub-aigu. Le malade est, en outre, orienté dans le temps et dans l'espace et parfaitement lucide.

Après un très court séjour au service, les interprétations délirantes disparaissent ; les signes neurologiques persistent quelques mois avec la même importance qu'à l'entrée.

Le malade reste encore un certain temps au service parce que, sans se livrer à de nouvelles interprétations, il ne rectifie pas encore toutes ses idées de persécution.

L... est sorti le mois dernier, « guéri de son accès éthylique », signale le médecin du service.

c) **Syndromes interprétatifs symptomatiques
d'affaiblissement intellectuel**

OBSERVATION VIII

(Sénilité - Artério-sclérose)

(Service de M. le Docteur Aubry)

C... Lucien, ancien forgeron, âgé de 70 ans, est entré à l'asile l'an dernier, sur la demande de sa famille et notamment de sa femme, qui se plaint de violences de sa part.

Le certificat, établi à l'entrée, signale que: C... Lucien est atteint de délire d'interprétation à thème de persécution: sa femme, ses enfants, les personnes de son entourage, se moquent de lui sans cesse, il est en butte aux lazzis et aux rires moqueurs. Interprétations délirantes, réactions extravagantes et irritabilité, sensiblerie, affaiblissement intellectuel léger.

L'examen somatique révèle un tremblement de la langue et des doigts, les réflexes rotuliens sont diminués, les réflexes cutanés-abdominaux abolis, les pupilles réagissent très faiblement à la lumière; en ce qui concerne la syphilis, la sérologie sanguine et l'examen du liquide céphalo-rachidien sont négatifs. Hypertension artérielle: 21-14 au Vaquez.

Actuellement le malade, légèrement stéréotypé et affaibli au point de vue intellectuel, ne présente pas de troubles de la mémoire ni de radotage, est propre et ordonné, prend soin de sa tenue. Les idées de préjudice qu'il manifeste sont systématisées et se bornent à la revendication d'un gros lot que se seraient partagés, à son insu, sa femme et ses enfants.

Voici d'ailleurs son histoire clinique:

M. C... est entré, comme forgeron, à la mine de L... en 1888. Très estimé de ses patrons, il n'a quitté sa place en 1921, que pour se reposer: il était atteint de malaises, se trouvait congestionné, il avait tout le temps mal à la tête. Différents méde-

cins ont attribué ces phénomènes à de l'artério-sclérose, et lui ont recommandé le repos, l'abstention d'alcool et de tabac. S'il n'était pas buveur, il fumait beaucoup, et il a eu du mal à se passer de la pipe. Il y est pourtant parvenu et a vu, par la suite, disparaître de petits vertiges qui l'ennuyaient. Notre malade fumait cependant quelques cigarettes qu'il abandonna même l'an dernier, à la suite de nouveaux vertiges.

Pour ne pas rester inactif, M. C... travaillait son jardin ou allait se promener au bois. « Vous voyez quelle existence tranquille je menais... et pourtant on me voulait du mal : Quand « je passais les filles riaient de moi... partout c'étaient des « grimaces et des moqueries !

« Une fois... je suis allé à la foire à Nancy, tout le monde « se retournait sur mon passage : il y avait des groupes où on « discutait de moi. Une autre fois, je suis allé à la banque « avec ma femme pour souscrire ; les employés m'ont demandé « d'un air étonné : Vous voulez souscrire?... mais au lieu de « me regarder, ils avaient les yeux fixés sur ma femme qui « était derrière moi, ils attendaient un ordre venant d'elle... « puis ils se sont mis à chuchoter.

« Plus tard... j'ai su la vérité... J'avais fait mon service « militaire comme brigadier-maréchal, on gagnait bien avec « les à-côtés... aussi ai-je fait la belle vie!... Mais comme je « n'étais pas encore marié, j'étais bien libre de faire ce qui me « plaisait!... Par malheur un camarade de régiment l'a raconté « à la sage-femme, et tout de suite après, tout le monde au « village l'a su ! Si bien que finalement ma femme a eu vent « de l'histoire. Elle s'est bien gardée de m'en parler, et a tout « de suite cherché à se venger, et avec mes enfants elle a tout « fait pour me ruiner ou me deshonoré. Si je vous racontais « tout ce que j'ai remarqué, vous pourriez en faire un livre ! »

Si nous recherchons dans les antécédents psychopathiques personnels du malade, nous ne trouvons absolument rien d'anormal. C... était loin de se présenter comme un paranoïaque ; c'était un homme confiant, serviable, généreux et très aimé dans son pays.

Conseiller municipal, président d'une société locale, il se flatte de n'avoir jamais eu d'ennemis avant ces dernières années.

Or, en un temps relativement court, tandis que se manifestent des malaises, probablement d'origine artério-scléreuse, accompagnés d'un léger affaiblissement intellectuel, le tableau change du tout au tout.

Le rapport de cause à effet que nous invoquons ici est évident et ne peut être mis en doute, et cependant le type clinique de la maladie mentale est absolument celui du délire d'interprétation classique.

OBSERVATION IX

(*Syphilis cérébrale*)

(*Service de M. le Docteur Aubry*)

François M... contracte la syphilis à 20 ans. Marié, il a des enfants. Sur cinq grossesses, sa femme a fait une fausse-couche et deux enfants sont morts avant l'âge de 4 ans, de méningite.

A l'âge de 63 ans, M... entre à l'asile en septembre 1929. Il est orienté dans le temps et dans l'espace ; l'attention, la mémoire sont normales. Pas de diminution des sentiments affectifs mais, au contraire, une hyperémotivité confinant à la sensiblerie.

Il prétend ne pouvoir stationner nulle part. Il est surveillé de toutes sortes de manières. Dans la rue les gens parlent de lui : il comprend qu'on l'accuse de voler, d'avoir de mauvaises mœurs, d'abuser des enfants. Il craint qu'on ne l'empoisonne, et surveille de très près sa santé. Le moindre trouble l'inquiète et il s'attend d'un instant à l'autre à reconnaître les premiers symptômes d'un empoisonnement lent.

L'examen somatique décèle un tremblement de la langue et une hyperréflexivité rotulienne. Cependant, les pupilles réagissent normalement et il n'existe pas de troubles de la parole.

La sérologie donne les renseignements suivants :

Sang: Sérum non chauffé: +++	L. C. R.: Wassermann: —
Sérum chauffé: + 5	Albumine: 0,45
Meiniké: +	Lymphocytes: 0,4

Sept mois après l'entrée, on note l'apparition d'un délire de grandeur à caractère d'énormité: « Vous m'avez volé mes cinq « milliards. Vous n'avez qu'à vous taire, vous êtes mort. Je « vous ai ressuscité, mais j'ai eu bien tort!... »

Actuellement, c'est-à-dire trois ans après l'entrée au service, le malade ne présente toujours pas d'hallucinations, s'est affaibli intellectuellement mais reste lucide. Les idées de persécution et de grandeur persistent, en rapport avec des interprétations délirantes.

M... vit uniquement de lait et de pain, de crainte d'absorber, par inattention, de la chair humaine. Des troubles du caractère le rendent d'un abord extrêmement difficile.

Le Wassermann du L. C. R. est toujours négatif.

OBSERVATION X

(Service du Docteur Elisabeth Cullerre)

Madame R..., âgée de 54 ans, est entrée à l'asile le 23 avril 1930; le placement d'office, plusieurs fois différé, a été envisagé dès 1927.

Les antécédents de la malade ne présentent rien de remarquable: après une vie sexuelle normale, la ménopause est survenue en 1919 sans s'accompagner de trouble vésanique.

Aspect physique pré-sénile, canitie, tremblements fibrillaires des doigts.

A la suite d'interprétations multiples: « on parle d'elle sur le pas des portes: on l'accuse d'avoir tué un nouveau-né » (qu'elle aurait, en effet, perdu, à un mois, d'athrepsie), « on dit du mal d'elle ». Madame R... construit un système délirant de persécution à base d'idées de spoliation. Elle réagit en détruisant tout ce qui lui tombe sous la main: sciant, brisant, brûlant même divers objets.

Les craintes d'incendie de l'entourage de la malade décident de l'internement jusque-là ajourné.

L'examen physique révèle, lors de l'entrée au service: une insuffisance mitrale avec troubles du rythme cardiaque; une lésion de néphrite chronique se décelant par de la polyurie avec albuminurie modérée, mais un certain degré d'urée sanguine (0 gr. 66). La tension artérielle prise le jour de l'entrée est de 17-12; trois jours après, malgré un régime approprié, elle est de 21-12.

L'état physique est précaire: somnolences diurnes, syncope au moindre effort.

A la suite d'un régime lacto-végétarien prolongé, la malade peut reprendre une certaine activité, mais le délire persiste. Les moindres propos du personnel et des autres malades sont interprétés. Quelques hallucinations de l'ouïe.

En résumé, note le médecin-chef du service, il semble s'agir ici d'un syndrome interprétatif apparu tardivement à la faveur d'une atteinte profonde de l'état général (insuffisance hépato-cardio-rénale).

OBSERVATION XI

(Service de M. le Docteur Aubry)

Joseph G..., 48 ans, hérédité cancéreuse, pas d'hérédité psychopathique, s'est comporté normalement jusqu'en 1918. A ce moment-là, un accident entraîne une double fracture d'une jambe. Le malade, alors âgé de 28 ans, est tellement atteint dans son état général, qu'on lui conseille d'aller se rétablir dans le Midi. Là, désœuvré, il se met à boire.

Lorsqu'il reprend son travail, il conserve ses habitudes d'intempérance, « pour se soutenir », et ses compagnons remarquent une modification de son caractère.

A la suite d'excès de boisson, il entre dans de violentes colères et brise tout.

Petit à petit apparaissent des interprétations délirantes nombreuses, puis quelques hallucinations de l'ouïe qui constituent la base de l'organisation délirante.

A l'entrée, les signes neurologiques sont ceux de l'éthylisme subaigu.

L'examen biologique et chimique du liquide céphalo-rachidien est négatif en ce qui concerne le Wassermann, mais il existe une hyperlymphocytose très marquée.

La privation d'alcool amène la sédation des phénomènes paroxystiques violents, mais le délire d'interprétation persiste.

On fait alors une recherche de l'urée sanguine et l'on trouve 0 gr. 77 d'urée au litre de sérum. Après un mois de régime approprié, le malade commence à s'améliorer, l'état général est meilleur et le délire est spontanément rectifié.

Quelque temps après le malade sort, guéri de son accès. Rentré chez lui, muni de toutes les recommandations et averti du danger que représentent pour lui les écarts de régime et l'alcool, notre malade suit les conseils qu'on lui a donnés pendant quelque temps, puis il se remet à boire et, finalement, se vante de ne plus prendre la moindre précaution. Son entourage l'entend exprimer ensuite des idées de suicide. Il interprète dans le sens de son délire l'accident qui lui a valu la double fracture dont il était question plus haut. Les jeunes filles qu'il rencontre le provoquent « par des gestes et des propos plus qu'équivoques ». Il ne leur cache pas sa façon de penser et s'étonne qu'ensuite elles l'évitent : « Si elles n'avaient rien à se reprocher, elles ne me fuieraient pas ! » Plusieurs fois il a été provoqué à la débauche devant sa femme, et cette dernière, il ne sait pourquoi, faisait semblant de ne rien voir !

L'internement s'impose à nouveau.

Actuellement, six ans après le second internement, le délire s'est fixé : le malade, légèrement affaibli intellectuellement, exprime les mêmes idées de persécution à l'égard de sa famille ; il est extrêmement violent et refuse la discussion de son délire.

Le contenu de ses lettres est fait uniquement d'insultes violentes vis-à-vis de ses persécuteurs, qu'il finit par désigner avec précision.

Considérations pathogéniques

Du double exposé clinique, dans lequel nous avons décrit les différents types de malades qui nous intéressent, nous retiendrons : la similitude des symptômes décelables, d'une part dans les syndromes interprétatifs aigus symptomatiques de troubles fonctionnels connus, d'autre part dans le délire d'interprétation tel que l'ont défini SÉRIEUX et CAPGRAS.

Nous attachant en cela à suivre les méthodes de nos maîtres, à tenir compte, notamment, des conseils que le docteur HAMEL nous a toujours prodigués, nous avons cherché, lorsqu'il nous inspira ce travail, à retrouver les éléments du phénomène vésanique dans un homologue de la série organique et nous nous sommes efforcés d'isoler, de la complexité du délire, les phénomènes simples, unitaires dont l'apparition dans le champ de la conscience est plus facile à déceler et dont le rapport avec les troubles somatiques apparaît de façon plus nette.

C'est un des principaux avantages du terme d'intuition délirante de correspondre à un stade clinique de la Paranoïa, sans préjuger d'une pathogénie encore hypothétique.

Cela ne veut pas dire que bien des observations et des rapprochements n'aient été faits dans cette voie.

Nous nous contenterons de citer ici, car l'intérêt d'un tel travail dépasse de beaucoup le cadre que nous nous sommes fixé, les recherches de M. le professeur SANTENOISE qui confirmeraient l'hypothèse situant les causes du syndrome d'automatisme mental dans des troubles de la chronaxie.

Maintenant nous demandons au docteur HAMEL la permission de rapporter ici ses opinions personnelles, que nous n'avons pas été les seuls, d'ailleurs, à recueillir.

Notre maître admet, parmi les facteurs qui conditionnent l'intuition fausse non discutée (en somme l'intuition délirante, par opposition avec l'intuition fausse, non pathologique, admise sous réserve de vérification), deux ordres de faits:

a) Les uns, en rapport avec les conflits vitaux, à caractère passionnel;

b) Les autres, conditionnés par une atteinte organique, fonctionnelle ou lésionnelle, non déterminée actuellement.

Dans ces conditions, on conçoit la valeur d'auto-expérimentation que prennent les intuitions pathologiques fugaces de l'homme normal lors du réveil, du demi-sommeil ou de l'insomnie.

Citons d'abord ces convictions absolues, dont l'évidence n'est même pas mise en question, et qui se révèlent absurdes lors du réveil plus parfait qui accompagne la reprise de l'activité journalière.

Lorsqu'un élément passionnel entre en jeu, c'est souvent à la reprise de l'activité diurne que nous corrigeons nos fausses intuitions et que se rétablit la saine appréciation des choses.

De même au cours de ce demi-sommeil qui coupe l'insomnie, à la faveur d'un « travail intellectuel désintéressé », dans lequel l'esprit, tout intérêt vital mis de côté, élabore de véritables châteaux de cartes, se manifestent, sans raison et sans lien logique (autres qu'hypothétiques), de subites intuitions.

Sur le moment, ces dernières ne sont même pas discutées, tant elles apparaissent formelles; pourtant lorsqu'on les contrôle à l'état de veille lucide, elles s'effondrent dans l'incohérence.

Loin de nous la pensée d'exposer ici une nouvelle psychologie du rêve, nous essayons tout simplement, sans proposer une solution hypothétique, de faire remarquer que les faits cités ci-dessus acquièrent une valeur plus grande du seul fait que chacun de nous les contrôle à la faveur de son expérience personnelle.

Le travail désintéressé lors du demi-sommeil et de la rêverie, ainsi que les phénomènes inaccoutumés se manifestant à cette occasion, prennent, sur une petite échelle, une ressemblance troublante avec certains états schizophréniques à forme paranoïde où dominant: le désintérêt vital, la rêverie morbide, le relâchement des liens associatifs de la pensée et qui se révèlent à nous, plus par le phénomène initial de l'intuition délirante, que par des interprétations.

Sans chercher strictement à conclure, ne peut-on

penser qu'à l'occasion de la fatigue, lors de l'état de veille prolongé, au réveil, sous l'influence de phénomènes hypocirculatoires, ou pour toute autre cause d'origine organique, se manifestent, chez l'homme normal, des troubles fonctionnels au petit pied qui conditionnent des états sub-pathologiques, comparables dans une certaine mesure à des syndromes plus imposants.

Le trouble organique que nous cherchons à mettre en évidence parmi les facteurs des psychoses interprétatives se manifeste particulièrement dans le fonctionnement du système organo-végétatif.

Selon le professeur SANTENOISE (1), qui s'est attaché à cette étude depuis de nombreuses années : « Les troubles végétatifs ne sont pas les attributs des seuls états maniaques ou anxieux ; mais les variations anormales d'excitabilité vagale ou sympathique, soit par excès, soit par défaut, se retrouvent dans la plupart des psychoses que l'on peut appeler fonctionnelles (sans lésions décelables par l'anatomie pathologique) ».

« Les psychopathes présentent des troubles organo-végétatifs extrêmement importants, beaucoup plus marqués ou durables que ceux rencontrés au cours d'autres affections (sauf la migraine, l'asthme, les états colloïdo-clasiques..., etc., dans lesquels les troubles végétatifs sont fort passagers). »

« Les psychoses constitutionnelles évoluant par poussées, sont précédées et accompagnées d'une

(1) *L'Encéphale*, 1927, pp. 554-561.

« hypervagotonie marquée qui diminue lorsque la
« poussée morbide s'améliore : la transformation d'un
« état constitutionnel en psychose aiguë est précédée
« et accompagnée d'une poussée d'hypervagotonie
« comme si la variation du tonus pneumogastrique
« révélait l'état constitutionnel. »

a) Les troubles organo-végétatifs décélés chez les psychopathes dépassent de beaucoup en intensité et en durée ceux observés chez des sujets non psychopathes ;

b) Les troubles organo-végétatifs précèdent plus ou moins les troubles mentaux.

« En somme, huit années d'expériences ont permis de mettre en évidence l'importance du rôle
« joué par la « concaténation neuro-glandulaire »
« dans la régulation des échanges des cellules nerveuses corticales et, partant, sur l'activité cérébrale. »

CONCLUSION

Pour conclure l'exposé historique et le parallèle des faits cliniques qui précèdent, nous rappelons ici ce qui, dans les tendances actuelles, nous paraît orienter l'étude des syndromes interprétatifs (dernière forteresse des théories psychogéniques) vers une compréhension plus large de la pathogénie, donnant son importance normale au facteur organique dans l'efflorescence des psychoses.

Il ne semble pas logique de vouloir méconnaître la valeur organiciste des données de la psychiatrie contemporaine : toutes les formes élémentaires de troubles intellectuels ayant pu être rapportées à une lésion organique. Pourquoi alors nier l'existence d'un cycle soumettant le Moral au Physique et réciproquement ?

Le danger (dans lequel ne doit pas tomber qui se dit organiciste) réside dans le mépris du facteur psychique (la personnalité), dont l'existence est indissolublement liée au fonctionnement organique et qui révèle ce dernier tout autant qu'il en subit l'influence.

Nous sommes assez tentés de concevoir la pathogénie des délires d'Interprétation et en général des psychoses paranoïaques de la façon suivante :

a) Parmi les causes prédisposantes, nous donnerons la plus grande importance à l'hérédité (mais entendons nous..., à l'hérédité pathologique générale et non à l'hérédité psychopathique, continue ou similaire), la syphilis et la tuberculose héréditaire, en particulier, conditionnant, outre une fragilité élective du tissu nerveux, des troubles vago-endocriniens d'une importance prépondérante;

b) Les causes déterminantes apparaîtraient sous la forme d'un conflit (social, sexuel, religieux ou tout autre) avec le milieu; mais ce conflit ne serait que le prétexte de l'éclosion du délire et découlerait de l'état passionnel bien particulier du paranoïaque. Cet état passionnel, que nous l'appelions « Stabilité du circuit affectif » ou « Intuition délirante », est facile à concevoir dans ses rapports avec le substratum biologique.

Où réside le début des phénomènes pathologiques? Nous ne le savons pas; mais ce qui se dégage de notre étude, c'est que la seule analyse psychologique, si fine et si complète soit-elle, ne peut prétendre tout expliquer.

On nous objectera que les phénomènes psychiques sont trop complexes pour relever de la seule organicité et on se prévaudra de notre impuissance à échafauder pour l'instant autre chose que des présomptions!... Evidemment nous ne prétendons pas apporter des preuves formelles..., mais, pour les mêmes griefs, nos contradicteurs songeraient-ils à mettre en doute la nature physique des phénomènes météorologiques parce que les météorologues ne sont

pas parvenus à en pénétrer entièrement le mécanisme et que leurs prévisions sont sujettes à certaines erreurs!

Loin de mépriser les méthodes psychologiques d'investigation, nous ferons remarquer que tous les moyens sont bons qui perfectionnent notre connaissance de la personnalité et que l'erreur scientifique réside dans la tendance qui oppose, en psychiatrie, la psychologie à l'anatomo-physiologie, comme s'il était possible de les concevoir isolément.

Bibliographie

- ALBERTI. — La paranoïa suivant les derniers travaux italiens. *Note e rivista de Psicologia*, 1908.
- ANGLADE (D.). — Des délires systématisés secondaires. (Congrès de Marseille, 1899.)
- Rapport médical de l'Asile d'aliénés de Bordeaux pour 1911.
- ARNAUD (F.-L.). — Art. « Psychoses constitutionnelles ». *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet, Paris, 1903.
- BAILLARGER (M.). — Recherches sur les maladies mentales (2 vol.). Paris, 1890.
- *Traité de Pathologie mentale*.
- BALLET (G.). — Idées de persécution observées chez des dégénérés à préoccupations hypocondriaques. (Congrès de Blois, 1892.)
- BARDOL (P.). — Les états hallucinatoires chroniques. Thèse, Paris, 1926.
- BERGSON (H.). — *Matière et Mémoire*. Paris, 1896.
- BESSIÈRE. — Paranoïa et folie périodique. Thèse, Paris, 1913.
- BETCHEREW (W.). — Les maladies de la personnalité au point de vue de la réflexologie.
- BINET et SIMON. — La folie systématisée. (*L'Année psychologique*, 1909, p. 215.)
- BLEULER (E.). — Affektivitat, Suggestibilität, Paranoïa. I^{te} Aufl. Carl. Marhold Halle, 1906 et II^{te} Aufl. Halle, 1926.
- La Schizophrénie. (Congrès des Aliénistes de Genève, Lausanne, 2-7 août 1926.)
- BLONDEL (Ch.). — La conscience morbide. Alcan, 1914.

- BOUMAN. — Paranoïa. Psychiatrische en Neurologische Bladen, Jaargang, 1931.
- BRUGIA. — Révision de la doctrine des localisations cérébrales. Masson, Paris, 1929.
- CEILLIER. — Les influencés. Syndromes et psychoses d'Influence. *L'Encéphale*, 1924, pp. 152, 225, 294, 370.
- CHARPENTIER. — Des idées morbides de persécution. Comm. de la Soc. Médico-Psych., 31 oct. 1887.
- CHASLIN (Ph.). — Du rôle du rêve dans l'évolution du délire. Thèse, Paris, 1887.
- CLAUDE (H.). — Les psychoses paranoïdes. *L'Encéphale*, mars 1925, p. 137.
- Le mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *Encéphale*, 1930, p. 345.
- D. P. et Schizophrénie. (Genève-Lausanne, 2-7 août 1926.)
- Remarques sur quelques essais de Physiologie pathologique en Médecine mentale. (*Biologie médicale*, fév. 1933.)
- CLAUDE et MONTASSUT. — Délimitation de la paranoïa légitime. *L'Encéphale*, 1926, p. 57.
- CLAUDE et EV. — Evolution des idées sur l'hallucination. *Encéphale*, 1932, p. 361.
- CLERC et PICARD. — Sur trois cas de guérison de délire interprétatif sans prédisposition paranoïaque. *Encéphale*, 1927, p. 345.
- CLÉRAMBAULT (G. DE). — *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, avril 1920, décembre 1923, janvier 1924.
- *Pratique médicale française*, mai 1925, juin 1926.
- *Annales médico-psychologiques*, 1923, pp. 359 et 460; 1924, pp. 85 et 172.
- CLÉRAMBAULT (G. DE) et PORC'HER (Yves). — Automatisme mental et scission du moi. *Bulletin de la Société clin. de Méd. ment.*, 19 avril 1920.
- COTARD. — Deux cas de psychose hallucinatoires. *Annales médico-psychologiques*, 1909, p. 256.

- DELASIAUVE. — Des diverses formes mentales. *Journal de Médecine mentale*, octobre 1861, p. 304.
- DELMAS. — Les psychoses post-oniriques. (Congrès de Strasbourg, 1920.)
- Le rôle des constitutions en psychopathologie. (Congrès de Limoges, 1932. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française.)
- DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine. Flammarion, 1922.
- DENY. — Discussion du rapport de Sérieux et Libert. (Congrès international de Psychiatrie et de Neurologie, Gand, 1913.)
- DERCUM. — The heboïd-paranoïd group. *Amér. Journal of insan.*, avril 1906.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du médecin-praticien. Paris, 1921.
- DUBOURDIEU. — Contribution à l'étude des délires de persécution symptomatiques. Thèse, Bordeaux, 1909.
- DUPOUY (R.). — Les hallucinations psychiques. *Encéphale*, 10 novembre 1909 et septembre-octobre 1922, p. 485.
- DUPRÉ et LOGRE. — Les délires d'imagination. *L'Encéphale*, mars-avril-mai 1911.
- ESPOSITO. — *Revital di neur. psych. e elettrotérapia*, sept. 1911.
- *Il Manicomio*, 1907, n° 2.
- EWALD. — *Temperament und Character*. Berlin, Springer, 1924.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales. Bruxelles, 1838.
- EY (H.). — La notion d'automatisme mental en psychiatrie. — Evolution psychiatrique. La notion de constitution. — Essai critique. Evolution psychiatrique. Oct. 1932. (Congrès de Limoges. Intervention.)
- FALRET. — Etudes cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1890.
- FREUD. — Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa. In. *Revue française de Psychanalyse*, 1932, t. V, n° 1.

- Le Moi et le Soi. Essais de Psychanalyse. Payot, 1925.
- GAUPP. — Rapport sur la Paranoïa abortive. (Congrès des Aliénistes du S.-O. de l'Allemagne, 1909.)
- GENIL-PERRIN. — Les paranoïaques. Maloine, 1926.
- GUIRAUD (P.). — Les formes verbales de l'Interprétation délirante. *Annales médico-psychologiques*, mai 1921, p. 395.
- HAMEL (J.) et DROUET. — Les psychopathies hérédo-syphilitiques et leur rôle dans la criminalité. (Mém. Ligue nat. Franç. de Déf. contre le péril vénérien, 1928.)
- HAMEL et LOPEZ ALBO. — Recherches sur les causes pathologiques de la délinquance juvénile. (Congrès de Barcelone, 1929.)
- HANNARD. — Contribution à l'étude des délires systématisés chroniques. Thèse, Lille, 1911.
- HESNARD. — La folie, pensée organique. *Journal de Psychologie*, 1921, p. 229.
- HEUYER. — Le devinement de la pensée. (Congrès des Aliénistes de langue française. Paris, 1925.)
- JANET (Pierre). — L'Automatisme psychologique. Paris, 1889.
- KRAEPELIN. — Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1920.
- KRETSCHMER. — Des Sensitive Beziehungswahn. Springer, Berlin, 1918.
- Körperbau und Charakter. Springer, Berlin.
- Psychologie Médicale. Traduct., Payot, 1927.
- KRAFFT-EBING. — Lehrbuch der psychiatrie, 1888.
- LACAN (J.). — Structure des psychoses paranoïaques. *Semaine des Hôpitaux*, juillet 1931.
- De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Thèse, Paris, 1932.
- LALANNE (R.). — De la valeur du Témoignage des aliénés en justice.
- LANGE. — Über die Paranoïa. *Zeits. f. die gest. Neur. u. Psych.*, 14 août 1924.
- LASÈGUE. — Etudes médicales, Paris, 1884.
- LEGRAND DU SAULLE. — Le délire de Persécution. Plon, 1871.

LEROY et MONTASSUT. — *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, 20 nov. 1922, p. 205; 19 mars 1923, p. 94.

LÉVY-BRUHL. — *La Mentalité primitive*. Paris, 1922.

LÉVY-VALENSI. — Les crimes passionnels. (Congrès de Médecine légale.) *Annales de Médecine légale*, 1931, pp. 193-285.

MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les Maladies mentales. Progrès médical*, Paris, 1893.

MEYERSON et QUERCY. — Les interprétations frustes. *Journal de Psychologie*, 1920, pp. 811-822.

MAURIAC (François). — Le nœud de Vipères.

MIGNARD et PETIT. — Délire et personnalité. (Congr. belge de Neur. et de Psych., 1912.)

— L'emprise organo-psychique et les ébats d'aliénation mentale. *Encéphale*, 1922, p. 266.

MINKOWSKY. — Jalousie pathologique. A. M. P., juin 1929, t. II, p. 24.

— La Schizophrénie. Payot, 1927.

MONTASSUT. — La constitution paranoïaque. Thèse, Paris, 1924.

MOREL. — *Etudes cliniques sur les Maladies mentales*. Paris, 1851-1852 (2 vol.).

PASCAL et DESCHAMP. — Psychoses de sensibilisation. A. M. P., mai-juin 1931, pp. 149-480 et 820.

PETIT. — *Précis de Psychiatrie*. Paris, 1923 (6^e éd.).

RIBOT. — *Essai sur l'imagination Créatrice*. Paris, 1905.

— *Les Maladies de la Personnalité*. Alcan, 1885.

— *Les Maladies de la Volonté*. Paris, Alcan.

ROGUES et FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*. Paris.

SANTENOISE (D.). — Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. *Encéphale*, 1927, II, p. 554.

SEGLAS. — *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*, 1895.

— La Paranoïa. *Archives de Neurologie*, 1887, pp. 61, 221, 393.

SÉRIEUX et CAPGRAS. — Les folies raisonnantes. Félix Alcan, 1909.

- SÉRIEUX et LIBERT. — Les syndromes interprétatifs symptomatiques. Communication. (Congrès international de Psychiatrie, Gand, 1913.)
- TANZI. — La Paranoïa. *In trattato delle malattie mentali*, t. II.
- TARGOWLA et DUBLINEAU. — L'intuition délirante. Maloine, Paris, 1931.
- TRÉMEL. — Note sur la Paranoïa aiguë. *Ann. Méd. Psych.*, 1910, p. 446.
- VALENCE. — Contribution à l'étude des états interprétatifs. Thèse, Paris, 1927.
- WILMANS. — La Paranoïa. (Congrès de Baden-Baden, 1909.)
-

VU:

Nancy, le 24 avril 1933.
Le Président de Thèse,
SANTENOISE.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 25 avril 1933.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 26 avril 1933.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.

Table des Matières

AVANT-PROPOS	7
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER. — <i>Définition</i>	13
CHAPITRE II. — <i>La notion d'interprétation délirante en psychiatrie avant la période contemporaine</i>	15
CHAPITRE III. — <i>La conception de Magnan. — Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. — Le délire d'imagination de Dupré</i>	23
CHAPITRE IV. — <i>La notion de Paranoïa en Allemagne</i> ..	35
CHAPITRE V. — <i>Génil-Perrin. — Les Paranoïaques. — Delmas et Boll. — La personnalité humaine</i>	47
CHAPITRE VI. — <i>L'automatisme mental de G. de Clé- rambault. — L'intuition délirante de Targowla et Dublineau</i>	55

DEUXIÈME PARTIE

FAITS CLINIQUES

<i>Syndromes interprétatifs essentiels</i>	63
Syndromes interprétatifs symptomatiques d'une atteinte comitiale	67
Syndromes interprétatifs symptomatiques d'éthy- lisme subaigu	75
Syndromes interprétatifs symptomatiques d'affai- blissement intellectuel	79
CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES	85
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	95
